

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

*ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ*  
*ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ*

**SYMPTOTERMÁLNÍ METODA V PŘIROZENÉM PLÁNOVÁNÍ**  
**RODIČOVSTVÍ VERSUS ANTIKONCEPCE**  
**V EDUKAČNÍ ČINNOSTI PORODNÍ ASISTENTKY**

*Bakalářská práce*

Autor práce: Naděžda Kissová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Vachková

**2008**

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**SYMPTOTHERMAL METHOD IN NATURAL PLANNING  
OF PARENTAGE IN CONTRARY TO THE EDUCATIONAL  
ACTIVITY OF MIDWIFE-NURSE IN THE SPHERE  
OF CONTRACONCEPTION**

*Bachelor's thesis*

**Author: Naděžda Kissová**  
**Supervisor: Mgr. Eva Vachková**

**2008**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. Evě Vachkové za metodické vedení při zpracování empirické části a za připomínky i rady v závěrečné etapě zpracování bakalářské práce.

Děkuji MUDr. L. Lázničkové za odborné konzultace a za poskytnutí literatury v přípravné fázi bakalářské práce.

Ráda bych poděkovala za připomínky a cenné rady doc. MUDr. T. Rešlové

# OBSAH

<b>Úvod.....</b>	<b>7</b>
<b>1.Cíl práce.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REGULACE POČETÍ Z HLEDISKA VÝVOJE.....</b>	<b>11</b>
<b>3. PŘIROZENÉ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ.....</b>	<b>12</b>
3.1 VYMEZENÍ TERMÍNU „PŘIROZENÉ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ“ .....	12
3.2 ODPOVĚDNÉ RODIČOVSTVÍ.....	12
3.3 PSYCHOLOGICKÝ POHLED NA PŘIROZENÉ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ A VÝHODY SYMPTOTERMÁLNÍ METODY.....	13
3.4. ZÁKLADNÍ PŘEDPOKLADY POUŽÍVÁNÍ METOD PPR.....	14
3.5. METODY PŘIROZENÉHO PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ.....	15
3.5.1 Kalendářní metoda.....	15
3.5.2 Teplotní metoda.....	15
3.5.3 Hlenová metoda – ovulační Bilingsova.....	16
3.5.4 Symptotermální metoda (STM).....	17
3.5.5 Laktační amenorrhoe (LAM).....	23
<b>4. ANTIKONCEPCE, KONTRACEPCE.....</b>	<b>26</b>
4.1 PŘERUŠOVANÁ SOULOŽ (přerušovaný styk, koitus interruptus).....	27
4.2 BARIÉROVÁ ANTIKONCEPCE.....	28
4.2.1 Mužská bariérová antikoncepce.....	29
4.2.2 Ženská bariérová antikoncepce.....	29
4.3 CHEMICKÁ KONTRACEPCE.....	29
4.4 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKO – IUD – INTRAUTERINE DEVICE.....	30
4.5 HORMONÁLNÍ KONTRACEPCE (HAK, COC).....	31
4.5.1 Orální kontracepce.....	35
4.5.2 Transdermální kontracepce.....	36
4.5.3 Transvaginální kontracepce.....	36
4.5.4 Injekční kontracepce.....	37
4.5.5 Implantáty.....	37
4.5.6 Nitroděložní tělísko s hormony (LNG – IUS).....	38
4.5.7 Postkoitální kontracepce – PÍLULKY „PO“.....	39
4.6 CHIRURGICKÁ STERILIZACE.....	39

<b>5. PORODNÍ ASISTENTKA A JEJÍ ROLE V OBLASTI PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ.....</b>	<b>42</b>
5.1 MEZINÁRODNÍ DEFINICE PORODNÍ ASISTENTKY.....	42
5.2 KOMPETENCE PORODNÍCH ASISTENTEK PRO ZÁKLADNÍ PRAXI V OBLASTI PREKONCEPČNÍ PÉČE A METODY PLÁNOVÁNÍ RODINY.....	43
5.3 ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK.....	46
5.4 STRATEGICKÉ DOKUMENTY.....	46
5.4.1 Dokument č.1 – Mnichovská deklarace.....	46
5.4.2 Dokument č.2 Standarty pro obory ošetrovatelství a porodní asistence.....	47
5.4.3 Dokument č.3 – sestry a porodní asistentky ve službách zdraví.....	48
5.4.4 Dokument č.4 – Další postup po přijetí mnichovské deklarace.....	49
<b>6. EMPIRICKÝ VÝZKUM.....</b>	<b>50</b>
6.1 CÍLE VÝZKUMU.....	50
6.2 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	51
6.2.1 Charakteristika souboru a organizace výzkumu.....	51
6.2.2 Metoda výzkumu.....	52
6.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	53
6.4 DISKUZE.....	71
6.4.1 Hodnocení odpovědí na otázky dotazníků.....	71
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
<b>Anotace.....</b>	<b>76</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>78</b>
<b>Seznam tabulek.....</b>	<b>79</b>
<b>Seznam grafů.....</b>	<b>80</b>
<b>Seznam použitých zkratk.....</b>	<b>81</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

Není snad na světě člověka, který by ve svém životě nehledal lásku. Každý ať již vědomě či nevědomě touží po lásce. Manželství /partnerství/ je na lidské úrovni nejvyšší vyjádření čisté lásky dvou lidí.

Pravdou však je, že mluvíme-li o lásce, je nutné mít na mysli, že význam slova láska má dnes v očích lidí velmi různý obsah. Dnešní svět, tak jako i od počátku, na lásku v mnoha směrech útočí, pitvoří ji a zamlžuje její pravou podobu.

Ústředím celé manželské lásky, posláním a naplněním je bezpochyby rodičovství. Tam, kde si muž a žena vzájemně slibují lásku, úctu a věnost, se otevírá prostor pro přijetí nového života. Vztah lásky, která vychází ze své největší krásy darovat, není samozřejmý a také není vždy snadné jej věrně žít. Láska však roste právě díky obtížím a překážkám, které překonává. Tím, že partnerství v sobě ukrývá tajemství předávání života, přináší s sebou i velikou odpovědnost v rodičovství. V poslední době se zamýšlím právě nad tímto krásným darem. Co rodičovství znamená v dnešní době, jaký má význam v partnerství a jaké v něm dnes zaujímá místo. Nebojím se tvrdit, že dnes je jeho pravé místo odsunováno kamsi do pozadí a tím je ohroženo celé poslání partnerského vztahu. Manželská, partnerská intimita a sexualita se stává často prostředkem vzájemného uspokojení povyšovaného nad její stejně důležitý smysl plození. Partneři sobě navzájem si pak nejsou cílem, ale stávají se prostředkem k uspokojení vlastních potřeb. Samozřejmě prožívání manželské, partnerské sexuality s sebou přináší radost a v jejím pravém významu je hlubokým vyjádřením lásky, naplněné předáváním života. Budoucnost nás všech pokračuje v dětech. Jsou tím nejcennějším, co nám život ve dvou přináší.

Je zřejmé, že v partnerství nastávají situace, kdy je dobré zvážit další přírůstek do rodiny.

Dnes se ve světě propagují a doporučují různé metody kontracepce – prostředky, které zabraňují početí. Neučí tedy vzájemné lásce, ale spíše naopak, protože jejich cílem není darovat – přijímat, ale brát a odmítat. Proto mne zaujalo přirozené plánování rodičovství, jehož cílem není zabránit, ale vyhnout se za určitých podmínek těhotenství. Vidím veliký rozdíl v těchto prostředcích a přikládám význam přirozenému plánování rodičovství, které je doposud podle mého názoru značně nedoceno. Moje volba konkrétní metody, tj. symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství (STM PPR), pro téma mé

bakalářské práce, vychází z ověřených údajů o její spolehlivosti a možnosti širokého využití. Spočívá ve schopnosti rozpoznání známek plodnosti, stanovení plodného i neplodného období a tím umožňuje plánování rodiny. Umožňuje také stanovit těhotenství do třech týdnů od početí.

Přirozené plánování rodičovství rozvíjí partnerství do hloubky tím, že láska se učí trpělivosti, úctě, sebeovládání a v plodném období umožňuje vyjádření lásky jiným originálním způsobem. Tehdy člověk také objeví a naplňuje pravý význam lidské svobody. Poznává, že svoboda neznamena , že je vše dovoleno, ale naopak mnohdy znamená odříkání.

Ráda bych svou prací přispěla nejen k pravdivějšímu a lepšímu poznání STM PPR a jeho významu pro partnerství, ale i k vyjádření úcty lidskému životu od jeho počátku, který přirozené plánování rodičovství respektuje a ctí.



## **1. CÍL PRÁCE**

### **Cíl teoretické části:**

- Uvést informace o základních předpokladech přirozené plodnosti páru
- Osvětlit základní principy symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství a zhodnotit její jednotlivé ukazatele
- Ozřejmit mechanismy účinku jednotlivých antikoncepčních metod
- Podat kritické srovnávání symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství s ostatními antikoncepčními metodami
- Vymezit roli porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství vyplývající ze Strategických dokumentů.

### **Cíl empirické části:**

- Zjistit, kterou antikoncepční metodu si nejčastěji volí uživatelky, zda jsou obeznámeny s jednotlivými metodami, jejich působením na lidský organismus /výhody , nevýhody, zdravotní rizika/
- Zjistit, zda vlastnosti antikoncepčních metod vybrané respondentkami odpovídají skutečnosti /snadnost, přirozenost, spolehlivost, finanční přijatelnost/.
- Zjistit, stav informovanosti o symptotermální metodě přirozeného plánování rodičovství .
- Zjistit, zda ženy považují symptotermální metodu přirozeného plánování rodičovství za záležitost obou partnerů.

- Zjistit souvislost mezi znalostí příznaků plodnosti s četností používání symptotermální metody.
- Zjistit, zda jsou ženy spokojené s poučením, potřebným pro výběr a používání vhodné antikoncepční metody, které jim bylo poskytnuto v gynekologické ordinaci.
- Zjistit, jakou úlohu má porodní asistentka v oblasti plánovaného rodičovství, zda by partnerské dvojice měli zájem o využívání služeb poradny pro plánované rodičovství, vedené nelékařským zdravotnickým pracovníkem.

## 2. REGULACE POČETÍ Z HLEDISKA VÝVOJE

Sexualita je vysoce ceněnou součástí manželského (a partnerského) soužití. Patří mezi důležité projevy a potvrzení kvality vztahu, citové blízkosti, důvěry a intimity. Zároveň je také spojena se vznikem nového života a s odpovědným rodičovstvím. I když se v různých dobách a kulturách pohled na hodnotu dítěte a představa o „ideální“ velikost rodiny měnily, vždy existovaly nejrůznější formy kontroly početí. Až objevy zákonitostí lidské plodnosti (hlavně určení termínu ovulace), v prvních desetiletích 20. století, umožnily vývoj spolehlivých metod kontroly početí

V zásadě lze hovořit o dvou hlavních směrech výzkumu regulace početí. První z nich se snažil prohloubit znalosti o vztahu mezi fyziologicky se vyskytujícími příznaky u ženy a úrovní její plodnosti. Tyto poznatky byly následně převedeny do podoby různých metod „přirozené“ kontroly početí (přirozeného plánování rodičovství - PPR). Jejich společným principem je periodická sexuální abstinence v potenciálně plodném období ženy. Druhá linie výzkumu se snažila tytéž poznatky použít k regulaci plodnosti bez nutnosti sexuální abstinence. Principem těchto metod je zásah do procesů plodnosti v kterékoli jejich fázi.

V posledních přibližně dvou desetiletích se rozšířilo používání přirozených metod kontroly početí i mimo náboženské prostředí (např. Arbeitsgruppe NFP, 2002; Weschler, 2006), to buď v podobě přirozeného plánování rodičovství (tj. s abstinencí v plodném období), nebo v kombinaci s bariérovou antikoncepcí. Důvodem mohou být obavy ze zdravotních účinků hormonální antikoncepce nebo snaha žít v „souladu s vlastním tělem“. V roce 1989 dokonce Carl Djerassi, který je jedním z „otců“ orální antikoncepce zařadil rozvoj nových technologií přirozeného plánování rodičovství do seznamu šesti priorit výzkumu kontroly početí v budoucnosti.

### **3. PŘIROZENÉ PLÁNOVÁNÍ RODIČOVSTVÍ**

#### **3. 1. Vymezení termínu „Přirozené plánování rodičovství“**

##### **Definice PPR**

Podle definice světové zdravotnické organizace WHO z roku 1982 představuje přirozené plánování rodičovství „způsob plánování rodičovství, s jehož pomocí může být o těhotenství usilováno stejně, jako je možné se těhotenství vyhnout, na základě sledování přirozeným způsobem se vyskytujících ukazatelů a příznaků plodné a neplodné fáze v ženském menstruačním cyklu. Je-li používáno za účelem vyhnutí se početí, během plodné fáze nedochází k pohlavnímu styku.“

#### **3. 2. Odpovědné rodičovství**

Odpovědné rodičovství znamená uvážené rozhodnutí založit rodinu nebo se na určitou dobu těhotenství vyhnout, ve prospěch dalších dětí, s přihlédnutím k sociální situaci. Vždy je nutné rozlišit nutnost od sobectví. Plodnost ženy je založena na opakujících se zákonitostech v jejím těle. Z hlediska biologických pochodů odpovědné rodičovství znamená znát a respektovat jejich funkce. Proto by se každá žena měla naučit znát svoje tělo a rozumět mu.

V současné době se pojem plánování rodičovství užívá pro obecné pojmenování metod antikoncepce. Metody antikoncepce (v překladu proti početí) se liší od přirozené metody plánování rodičovství. Rozdíl lze považovat za zásadní. Zatímco PPR umožňuje se těhotenství vyhnout za využití přirozených ukazatelů plodnosti, brání antikoncepční metody početí tím, že přirozené možnosti početí staví překážku-bariéru (kondom, vaginální pesary, spermicidní krémy..) nebo inhibují ovulaci. Regulace počtu dětí je záležitostí obou partnerů a má být řešena tak, aby mohli být v intimních chvílích spontánní, naplnili odpovědnost jednoho vůči druhému a uchovali si úctu ke vzniku nového života (Lázničková, 2001).

### **3. 3. Psychologický pohled na přirozené plánování rodičovství a výhody symptotermální metody**

Má-li se partnerský vztah vzájemně upevňovat, je potřeba otevřené důvěry k sobě navzájem a upřímná snaha o hledání nejlepších prostředků k obdarování druhého. Je tedy nutné o prostředcích zvolených k plánovanému rodičovství odpovědně přemýšlet z morálního, psychologického i ze zdravotního pohledu. To znamená zvažovat, zda při volbě určitých prostředků nedochází k závažnému omezování, poškozování některé z těchto oblastí.

Mluvíme - li o přirozeném plánování rodičovství, je dobré vědět, máme na mysli celkovou harmonii vztahu mezi mužem a ženou. Tím, že se odpovědné rodičovství týká obou partnerů, umožňuje jejich bližší poznání a porozumění. Proto je velmi důležitá komunikace, která je předpokladem pro dobře se vyvíjející vztah. Osvědčilo se společné provádění záznamů o průběžných změnách menstruačního cyklu oběma partnery, Znalost změn umožňuje nejenom vyhnout se početí, ale pomůže i k objasnění neplodnosti a k nalezení optimálního období pro početí. Tím, že se manželé v plodném období učí sebeovládání, posiluje se jejich sebevědomí a vytváří se mezi nimi vztah naplněný důvěrou. V neplodném období umožní maximální, ničím nerušený sexuální prožitek. Je zcela bez zdravotních komplikací, nepřináší s sebou žádná zdravotní omezení nebo nežádoucí účinky v porovnání s některou metodou antikoncepce.

S metodou STM je možné začít kdykoliv v reprodukčním období života ženy. Je spolehlivá i v období laktace. Je použitelná při nepravidelných cyklech a je možné ji využít i při službách ve směnném provozu (Zandlerová, 2003; [www.prolife.cz](http://www.prolife.cz)).

### 3. 4. Základní předpoklady používání metod PPR

Podkladem účinnosti PPR jsou:

#### 1. *Omezená oplozovací schopnost pohlavních buněk.*

Lidské vajíčko ztrácí schopnost oplodnění za 12 – 16 hodin po ovulaci.

Životaschopnost spermií závisí na mnoha okolnostech. Spermie zdravého muže si uchovávají oplozovací schopnost v kyselém prostředí pochvy jen několik hodin. V kanálu děložního hrdla jsou však schopné přežít i několik dní (5 – 7). To je umožněno přítomností cervikálního hlenu. V době ovulace mohou spermie z hrdla vycestovat až do horní třetiny vejcovodu k putujícímu vajíčku.

#### 2. *Jedna ovulace.*

Během menstruačního cyklu dochází k ovulaci pouze jedenkrát. Výjimečně může v jednom cyklu dojít k další ovulaci, ale to vždy téměř současně s ovulací předcházející. Proto druhá ovulace nemá na určování plodných a neplodných dnů žádný vliv.

#### 3. *Správné určení doby ovulace.*

Je závislé na odpovědném sledování známek plodnosti (Lázničková, 2001).

### 3. 5. Metody přirozeného plánování rodičovství (PPR)

#### 3.5.1 Kalendářní metoda /metoda jednoho příznaku/

Pochází od Knause a Ogina z třicátých let minulého století. Je tedy ze všech známých přirozených metod nejstarší. Vychází z vedení menstruačního kalendáře za posledních (minimálně) 8 měsíců. První den plodného období se vypočítává tak, že se od nejkratšího cyklu odečte 18 dní. Poslední plodný den se stanoví odečtením 11 dní od nejdelšího cyklu. Velkým nedostatkem této metody je to, že nemůže zohlednit jedinečnost každého menstruačního cyklu. Vychází z nejistých předpokladů, že k ovulaci s možností početí dochází dva týdny před začátkem menstruace – tedy zhruba 14. den cyklu (+- 2 dny) a oplozovací schopnost spermií trvá asi 5 dní, přičemž vajíčko ženy má schopnost oplodnění méně než 24 hodin. Předpokládá tedy zcela pravidelný menstruační cyklus. Čím je cyklus nepravidelnější, tím je období možné plodnosti delší..

Délka menstruačního cyklu je ovlivněna mnoha faktory, proto v průběhu jejího používání docházelo k velmi častým selháním. Pearlův index je 14 – 15. Doporučování kalendářní metody je dnes považováno za nezodpovědné. Bohužel právě tato metoda má za následek špatnou pověst symptotermální metody PPR přesto, že se dnes tato metoda opírá o ověřené a spolehlivé ukazatele. **Kalendářní metoda podle usnesení kolegia Pracovní skupiny PPR do současného moderního PPR nepatří, protože nevyužívá sledování vyskytujících se ukazatelů jednotlivých fází cyklu, které obsahuje definice WHO v úvodu kapitoly ( Zandlerová, 2003, [www.prolife.cz](http://www.prolife.cz)).**

#### 3.5.2 Teplotní metoda /metoda jednoho příznaku/

využívá měření bazální tělesné teploty. První pravidla teplotní metody stanovil v roce 1935 Wilhelm Hillebrand na základě poznatků Van de Veldeho. Tělesná teplota se měří denně vždy ráno, dříve než žena vstane z lůžka, ve stanovenou hodinu v některé z tělních dutin (ústa, pochva, konečník), vždy na témže místě. Podle holandského gynekologa Holta je nutné vyčkat na tři dny s nejméně o 0,1 Celsia vyšší teplotou než je nejvyšší teplota v šesti předcházejících dnech. Tím začíná neplodné období. Během dalšího vývoje sledování

bazální TT došlo k důležitým upřesněním poznatků souvisejících s ukazateli plodného období v závislosti na měření bazální teploty.

Vzhledem k tomu, že se jedná o metodu bez možnosti dvojí kontroly, plodné období trvá po celý den, ve kterém došlo k potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty.

Rozlišují se následující formy:

**Přísná forma** – neplodné období nastává až po potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty. Nevýhodou metody je, že se při normálních a dokonce delších cyklech výrazně prodlužuje tzv. plodné období, období nutné pohlavní zdrženlivosti, proto bývá některými páry obtížně akceptovaná.

Při dynamickém způsobu života, ovlivňovaném řadou okolností, pokud chybí využití možnosti dvojí kontroly pomocí sledování změn charakteristik hlenu krčku děložního nebo změn na samotném čípku, se obtížně vylučuje, že se nejedná o vzestup tělesné teploty pod vlivem jiných okolností než hormonálních.

**Méně přísná forma** – využívá ze statistických pravidel minus 8 nebo prvních 5 dnů pro stanovení začátku neplodného období na začátku cyklu. Tato metoda nezachytí dřívější nástup ovulace, na který jinak upozorní sledování hlenového příznaku, případně změn na čípku. Pro ukončení plodného období platí stejná připomínka jako u přísné formy.

Podrobnějším popisem této metody se budu dále zabývat v rámci uvedení základních ukazatelů užívání symptotermální metody PPR.

### **3.5.3 Hlenová metoda – Ovulační Bilingsova metoda /metoda jednoho příznaku/**

se opírá o sledování množství a struktury hlenu tvořeného žlázkami hrdla děložního a na vyhodnocení pocitů vnímaných v oblasti poševního vchodu. Tuto metodu popsali v roce 1953 manželé Bilingsovi. Metoda může být spolehlivá, pokud má žena ověřeno, že k nástupu prvních pocitů vlhka nebo jiné formy hlenového příznaku dochází nejméně 6 dnů před prvním dnem vzestupu bazální tělesné teploty. Metoda se zdá být dostačující u manželů, kteří již získali určité zkušenosti s charakterem změn hlenového příznaku. Na druhou stranu asi tyto zkušenosti nepodchytí možnou nespolehlivost metody v případě prodloužených cyklů s více vrcholy hleny, které jsou více dnů od sebe, kdy jinak měření bazální tělesné teploty upozorní, že ovulace po prvním vrcholu hleny ještě neproběhla.



Zaznamenávání se uskutečňuje systémem barevných nálepek pro každý den cyklu.

*Základní pravidla* – v prvním učebním cyklu se nedoporučuje pohlavní styk.

Na počátku cyklu nemusí být hlen přítomen anebo je ho málo a je vazký – není tažný – suché dny. Znamená neplodnou fázi cyklu. Jakoukoliv změnu množství nebo tažnosti hlenu je nutné považovat za začátek plodné fáze cyklu. S blížící se ovulací hlenu postupně přibývá a stává se tažným a vodnatým – mokré dny. Po proběhlé ovulaci se struktura hlenu náhle mění. Je ho opět málo a je vazký nebo vymizí. Konec plodné fáze ohraničuje hlenový vrchol. Jedná se o poslední den, ve kterém žena pozorovala hlen nejplodnějšího charakteru (upřesnění pojmů v kapitole symptotermální metoda PPR).

Hlenový vrchol lze určit pouze zpětně tím, že žena následující dny vnímá hlenové vysychání. Neplodné období začíná dle Billingse večer čtvrtého dne vysychání po hlenovém vrcholu a trvá až do konce cyklu. Dle uvedení Ligy pár párů začíná neplodné období až pátého dne vysychání po hlenovém vrcholu. Pokud se objeví znovu hlen tažný řídký, čeká se až do posledního dne výskytu tohoto hlenu, tento den se považuje za další vrchol a tři dny po něm jsou považovány ještě za plodné. Podrobnějším popisem této metody se budu dále zabývat v rámci uvedení základních ukazatelů užívání symptotermální metody PPR.

### 3.5.4 Symptotermální metoda (STM) /metoda více příznaků/

**STM je založena na principu dvojí kontroly** – ke stanovení plodného a neplodného období je využíváno sledování a zhodnocení nejméně dvou ukazatelů. Prvním příznakem je sledování změn některého z příznaků – symptomů a druhým ukazatelem je průběh bazální tělesné teploty. Název metody je odvozen od slova **symptom = příznak a termální = teplotní**. Ze sledovaných příznaků se vyhodnocují změny cervikálního hlenu nebo méně často změny konzistence děložního čípku.

Výsledky sledování se zapisují do záznamových tabulek, které napomáhají přehlednému a pohodlnému vymezení plodných a neplodných dnů. Doporučuje se, aby tabulka splňovala tyto předpoklady:

- tabulka začíná prvním dnem cyklu, což umožňuje mít přehled o délkách cyklu a o délkách jednotlivých fází cyklu,

- teplotní tabulka po 0,1 Celsia,
- prostor pro zaznamenávání okolností ovlivňujících měření bazální tělesné teploty a dalších rušivých faktorů,
- prostor pro zapisování pocitů a vzhledu hlenu.

#### Pravidla pro sledování hlenu

Vzhled a kvalita hlenu jsou dány množstvím estrogenů. Čím je hladina estrogenů vyšší, tím je hlen tekutější a je doprovázen subjektivním pocitem vlhka až mokra v rodidlech. Vysoce tažný hlen provázený pocitem vlhka je možné považovat za nepřímou známku ovulace. Tento typ hlenu se může vyskytovat i po dobu několika dní před skutečnou ovulací. S tvorbou progesteronu hlen houstne, stává se lepkavým, až nakonec jej žena nepozoruje .

V neplodném období brání hlenová zátka průniku spermií z pochvy do kanálu děložního hrdla. V kyselém prostředí pochvy spermie během 4 – 8 hodin odumírají. S blížící se ovulací se hlenová zátka rozpouští, hlen se stává řidší, spermie mohou pronikat do kanálu hrdla děložního a dále do horní třetiny vejcovodu k uvolněnému vajíčku.

Subjektivní pocity na rodidlech i vzhled hlenu na toaletním papíře se zapisují do záznamových tabulek. Je vypracován systém značek charakteru hlenu, které doplňují, ale nenahrazují slovní popis.

Subjektivní pocity	Vzhled hlenu	Značka charakteru hlenu
sucho	žádný	S
bez objektivních pocitů	žádný	O
vlhko	žádný	V
vlhko	hustý, bělavý, nažloutlý, lepkavý, hrudkovitý, ne tažný	H
mokro, kluzko	sklovitý s bílými vlákny, průzračný, průhledný, tažný, jako syrový vaječný bílek, s vlákny krve	+ H
mokro	žádný	+ H

Poslední den, kdy byl pozorován hlen „nejvyšší kvality“ a po něm došlo ke změně v „méně kvalitní hlen“, se označuje jako **vrchol hlenu**, který se označuje jako vyplněný trojúhelníček

Z hlediska sledování hlenového příznaku plodné období na začátku cyklu začíná s nástupem jakéhokoliv hlenového příznaku, třeba i pouhého pocitu vlhka. Plodné období trvá ještě tři dny po vrcholu hlenu.

### **Pravidla pro sledování čípku děložního**

Poloha čípku, jeho konzistence a míra otevřenosti branky hrdla děložního během menstruačního cyklu je ovlivňována výší hladiny ženských pohlavních hormonů. S nárůstem hladiny estrogenů se zevní branka otevírá, čípek měkne a vytahuje se nahoru. S nástupem činnosti žlutého tělíska a tvorby progesteronu se branka uzavírá, čípek je nízko, prstem dobře dosažitelný a pevný asi jako špička nosu.

Samovyšetřování čípku má pomoci rozeznat plodné a neplodné období v případě, že se nedaří sledování a vyhodnocování hlenu. Jako samostatná metoda se nedoporučuje. Sledování změn na čípku představuje pouze doplnění v situacích, kdy jsou nejasnosti při sledování a vyhodnocování hlenového příznaku.

Do příslušných kolonek záznamových tabulek se zaznamenává sledování změn, ke kterým dochází na čípku.

Sledovaný ukazatel	Charakteristika	Značka
Poloha branka	uzavřená, nízko	o
	otevřená, nahoře	O
Konzistence	tvrdý	T
	měkký	M

Za začátek se za začátek plodného období se považuje jakákoliv změna kvality čípku. Čípek měkne, vytahuje se vzhůru, zevní branka se otevírá. Plodné období končí, když je čípek po tři dny opět nízko, uzavřený, tuhý.

## **Pravidla pro sledování bazální tělesné teploty**

Bazální tělesná teplota je teplota klidová naměřená ráno, nejlépe ihned po probuzení v tělesné dutině, tj. v konečníku, v pochvě nebo pod jazykem, ne v podpaží. Měření se provádí vždy ve stejné tělní dutině, stejným teploměrem ve stejnou dobu. Naměřenou teplotu je nutno zapsat do tabulky ihned po změření. Před ovulací má bazální tělesná teplota nižší hodnoty. Po ovulaci se stoupající hladinou progesteronu dochází k vzestupu teploty. Fáze vyšších teplot až do konce cyklu trvá přibližně 12 – 16 dnů. Jako první den vzestupu se označuje první měření, které je jakkoli vyšší než nejvyšší ze šesti předchozích platných měření.

Aby bylo možné spolehlivě určit, jak k vzestupu teploty došlo z hormonálních důvodů, je třeba stanovit potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty. K tomu je třeba tři vyšší měření nad linií, která se stanoví z šesti předchozích platných nižších měření. Pro větší přehlednost při vyhodnocení průběhu bazálních tělesných teplot se určuje linie nižších teplot. Stanoví se ze šesti měření, které předcházejí prvnímu dni vzestupu bazální tělesné teploty. Výši linie určí nejvyšší měření z těchto šesti. Pokud dojde ke zvýšení teploty pod vlivem známé okolnosti (okolnosti ovlivňující teplotu), zapíše se důvod do tabulky. Naměřená teplota se zaznamená a dá do závorky. Dojde-li z neznámých příčin k výkyvu teploty o 0,2 Celsia a více vzhledem k předchozímu i následujícímu dni a to při zachování běžných podmínek měření, jedná se o tzv. špici. Také se dává do závorky. Na hodnoty uvedené v závorce není brán zřetel při stanovení výše linie (nepočítá se mezi šest nižších měření).

Po stanovení prvního dne vzestupu bazální tělesné teploty a určení linie je nutno hledat potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty. Pak teprve je možné ukončit plodné období z hlediska měření bazální tělesné teploty. Za potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty se považuje třetí měření, které je o 0,2 Celsia a více nad linií.

**Výjimka č. 1:** Pokud jedna z naměřených hodnot po prvním dni bazální teploty klesne na nebo pod linii, je nutné pro potvrzení vzestupu další měření nad linií. Měření, které kleslo se nečísluje. Třetí vyšší měření musí být minimálně o 0,2 Celsia nad linií.

**Výjimka č. 2:** Pokud jsou tři měření nad linií, ale třetí zvýšené měření nedosáhne vzestupu o 0,2 Celsia nad linií, je nutné čtvrté měření. Toto musí být jakkoliv nad linií, nemusí však splňovat podmínku 0,2 Celsia.

Výjimky č. 1 a č. 2 nelze navzájem kombinovat.

## **Faktory, které mohou, ale nemusí rušivě působit na správné vyhodnocení hranice plodného období**

### *Faktory, které mohou ovlivňovat sledování hlenu*

- sperma stékající po styku
- některé léky ovlivňující tvorbu hlenu (nosní kapky)
- operace na čípku
- poruchy zrání folikulu
- stres
- výtok - náhle se vyskytující, nejčastěji z důvodu zánětu v pochvě
  - stále přetrvávající, nejčastěji z důvodu nesprávného odívání nebo nesprávné hygieny
  - nervové příčiny (např. nedostatek spánku, nervozita, nespokojenost s metodou)
- zavádění léků do pochvy, např. vaginální čípky při zánětech pochvy
- chemické antikoncepční prostředky
- nevhodný toaletní papír

### *Faktory, které mohou ovlivňovat sledování a vyhodnocení bazální tělesné teploty*

- nemoc, horečka, některé léky (např. kapky do nosu nebo proti kašli ředí také hlen v hrdle děložním)
- změna teploměru nebo změna místa měření, změna času měření
- krátký nebo rušený noční spánek, výjimečně pozdní uložení se k spánku
- hormonální výkyvy nervové příčiny
- výjimečná konzumace alkoholu, jídlo pozdě večer
- stres, psychické vypětí
- změna životního stylu (dovolená)
- pohyb před měřením, nedostatečná délka měření
- zvýšená námaha
- stará baterie u digitálních teploměrů
- směnný provoz

## **Stanovení neplodného období**

### *Neplodné období na začátku cyklu*

Pro stanovení neplodného období na začátku cyklu musí být v předchozím cyklu potvrzen vzestup bazální tělesné teploty. Pokud tato podmínka není splněna, neplodné období na začátku cyklu nelze stanovit, plodné období trvá již od prvního dne cyklu. Pokud v předchozím cyklu došlo k potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty, pro stanovení neplodného období na začátku cyklu se využívá princip dvojí kontroly. Neplodné období na začátku cyklu trvá jen pokud je vnímán po celý den pocit „sucha“ nebo „nic“ nebo „pravidlo minus 20“ nebo „pravidlo minus 8“. Pravidlo minus osm vychází ze znalosti sledování průběhu bazální tělesné teploty. Je považováno za nejpřesnější pravidlo. Aby se vyloučilo možné překrytí počínajícího hlenového obrazu stékajícím spermatem po pohlavním styku, doporučuje se mít pohlavní styk pouze ten den večer, kdy po celý den žena sledovala pocit „sucha“ nebo „nic“.

### **„Pravidlo prvních 5 dnů cyklu“**

Pokud ještě není 12 odsledovaných cyklů, je možné při kontrole pomocí „pravidla minus 8“ prvních pět dnů cyklu všeobecně považovat za neplodné. Předpokladem je, že cyklus začal pravidelným menstruačním krvácením, tzn. že v předchozím cyklu byl potvrzen vzestup bazální tělesné teploty. Ve dnech vypočítaných podle tohoto pravidla musí být pocit sucha nebo 0, nesmí být pozorován žádný hlen, případně čípek je uzavřený, nízko, tvrdý. Je třeba dbát zvýšené opatrnosti při sledování hlenu, pokud jsou cykly kratší než 25 dní. Pokud dojde k prvnímu dni vzestupu bazální tělesné teploty dříve než 13. den cyklu, počítá se od dalšího cyklu po dobu 12 cyklů poslední neplodný den na začátku podle „pravidla minus 8“, i když ještě neproběhlo sledování ve 12 cyklech. Kontrola pomocí „pravidla minus 8“ se provádí od druhého sledovaného cyklu. Pokud není dosledováno podle STM 12 cyklů, přestože první dny vzestupu jsou později, než 13. den cyklu, v těchto prvních 12 sledovaných cyklech lze využít pouze prvních pěti dnů neplodných za kontroly hlenového příznaku, eventuálně změn čípku.

### **„Pravidlo minus 8“**

Poslední neplodný den na začátku cyklu se získá odečtením čísla 8 od nejdřívějšího prvního dne vzestupu bazální tělesné teploty za posledních 12 cyklů. Předpokladem je

potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty v předchozím cyklu. Ve dnech vypočtených podle tohoto pravidla nesmí být pozorován žádný hlen, musí být pocit sucha nebo nic, případně čípek je uzavřený, nízko, tvrdý.

### **„Pravidlo minus 20“**

Poslední neplodný den na začátku cyklu se získá odečtením čísla 20 z délky nejkratšího cyklu za posledních 12 cyklů. Předpokladem je potvrzení vzestupu bazální tělesné teploty v předchozím cyklu. Ve dnech vypočtených podle tohoto pravidla musí být pocit sucha nebo nic, nesmí být pozorován žádný hlen, případně čípek je uzavřený, nízko, tvrdý. „Pravidlo minus 8“ má přednost, pokud poslední neplodný den na začátku cyklu vypočteme podle „pravidla minus 8“ jako dřívější než podle „pravidla minus 20“, i když ještě neproběhlo sledování teplot ve 12 cyklech, takto zjištěný poslední neplodný den respektujeme. Po odsledování 12 cyklů podle STM se již „pravidlo minus 20“ nepoužívá. Přechází se na „pravidlo minus 8“.

Neplodné období na začátku cyklu nelze stanovit v prvním sledovaném cyklu nebo pokud v předchozím cyklu nedošlo k potvrzenému vzestupu bazální tělesné teploty.

### *Jistě neplodné období po ovulaci*

Podle pravidla dvojí kontroly začíná vždy večer toho dne, kdy se dosáhne potvrzeného vzestupu bazální tělesné teploty a zároveň se jedná o třetí den po vrcholu hlenu, v případě sledování čípku je čípek již třetí den uzavřený, nízko, tvrdý. Pokud toto nenastane současně, čeká se na později sledovanou známku. Teprve potom začíná neplodné období.

### **3.5.5. Laktační amenorrhoea (LAM)**

je úvodní poporodní metoda plánování rodičovství. Její použití je časově omezené. Poskytuje přirozenou ochranu před otěhotněním až do šesti měsíců po porodu. Její spolehlivost je podložena přirozenou neplodností způsobenou hormony, které potlačují ovulaci, ale kojení samotné není metoda plánování rodičovství. LAM je definováno základními podmínkami: žena kojí plně nebo téměř plně, s přestávkami mezi kojeními do šesti hodin. Zatím nedostala měsíčky (je amenorrheická). Je méně než šest měsíců po porodu. Je informována o metodě a má kontakt s instruktorem. S výukou metody je možno začít ještě před porodem.

## **Spolehlivost symptotermální metody**

Spolehlivost metody STM záleží především na situaci páru. Kritéria pro spolehlivost metody jsou: dodržení pravidel (abstinance pohlavního styku v plodném období)

- motivace páru (skrytá touha po dítěti zkresluje výsledky)
- správné záznamy cyklu
- kvalitní poradenství a výuka metody

Spolehlivost hraje v oblasti výběru metody plánování rodičovství důležitou roli. Odborně se hovoří o efektivnosti. V literatuře o kontrole porodnosti je standardní procedurou vyjadřovat efektivnost každé metody vzorcem, který ve 30. letech navrhl Raymond Pearl:

$$(Počet\ těhotenství\ x\ 1200) : počet\ cyklů = míra\ za\ 100\ ženských\ roků$$

Počet těhotenství je znám jako „míra selhání“. Jeden ženský rok je jeden rok v životě jedné plodné ženy. Proto jeden rok u sta žen je roven 100 ženských roků. Kdyby mělo tedy sto žen v plodném věku po dobu jednoho roku pravidelný pohlavní styk bez jakékoliv formy regulace porodnosti a bez kojení, statistika uvádí, že by 80 z nich do konce roku otěhotnělo. Pearl index symptotermální metody přirozeného plánování rodičovství je podle uvedení současných evropských studií 2,2 (podle studií: „Modelový projekt vědeckého přezkoumání a kontrolovatelného zprostředkování metod regulace početí – část I., II., z let 1982 – 1987, hl. autoři – Notker Klann, Kunkel, Frank – Hermann, Dorčiny, Freundl / „Studie spolehlivosti použití PPR“, autor – Prof. Freundl, 1995, seminář Mnichov 1995 / „Prospektivní studie použití přirozeného plánování rodičovství u začátečnic v SRN“, autor – Dr. Frank – Hermannová, 1997 – Kolín nad Rýnem /).

## **Závěr studií**

Metoda STM PPR, vypracovaná německou Arbeitsgruppe NFP je nejen vysoce spolehlivá, ale je i akceptovatelná.

Neexistuje žádná další metoda PPR, která by relativně dlouhé plodné období zkrátila bez rizika snížení spolehlivosti metody.



## **Spolehlivost hormonální antikoncepce**

Klinická studie s třífázovým antikoncepčním přípravkem (Pramino)

v populaci českých žen

Na přelomu let 1997 a 1998 proběhla v České republice jednorochní multicentrická studie, která měla zjistit snášenlivost, nežádoucí účinky a těhotenské číslo přípravku Pramino. Zúčastnilo se jí 4937 žen starších 18 let. Z tohoto souboru nelze podrobněji hodnotit data 357 žen, protože nepřišly na některou z plánovaných kontrol, nebo vysadily přípravek pro jiné důvody než nežádoucí účinky (140 žen). V souboru tedy zůstalo k hodnocení 4580 žen. Z nich 80,8% používalo Pramino celých šest cyklů, (3990 žen), po prvních 3 cyklech pokračovalo 4270 žen, 590 žen (12 %) vysadilo preparát v průběhu studie pro špatnou snášenlivost či nežádoucí účinky.

V 7 případech z 26 432 cyklů bylo zaznamenáno těhotenství (Pearl index 0,34). 4 ženy nedodržely pokyny pro užívání (jedna nezačala užívat čtvrté balení, jedna vynechala tři tablety, dvě chyby nespecifikovaly). Ke zbylým třem těhotenstvím nedošlo chybou uživatelky (metoda selhala v 0,15%).

#### 4. ANTIKONCEPCE, KONTRACEPCE

**Projev snahy zabránit možnému početí dítěte, či dokonce vývoji těhotenství.**

Při použití antikoncepce, dochází k pohlavnímu styku kdykoliv, i v plodném období. Slovo „kontracepce“ je složeninou latinských slov proti a počít.

**Všechny metody antikoncepce mohou vést k početí,** pokud je styk v době, kdy jsou manželé v plodném období. Na druhou stranu pokud jsou manželé ve správně stanoveném neplodném období, k početí dojít nemůže.

**Nabízí se tedy otázky:**

- Proč tedy zbytečně užívat cizorodé látky, když v těle normálně hormony fungují?
- Proč do dělohy zavádět tělísko a riskovat zánětlivé stavy?

Je důležité zdůraznit, že **žádná metoda zábrany početí není stoprocentní**, při jakékoli používané metodě může dojít k otěhotnění.

V dnešní době toho již hodně víme o podstatě lidské plodnosti a jsme schopni vymezit hranice plodného období tak přesně, že manželům můžeme nabídnout metodu symptotermální PPR srovnatelnou s hormonální antikoncepcí, větší spolehlivosti než je používání nitroděložního tělíska, kondomu, přerušované soulože, a to bez nežádoucích zdravotních účinků i porušování určitých etických hranic.

Plodnost přece není nemoc, ale úžasný dar. V tom je také rozdíl mezi využíváním metod „přirozených“, kdy respektujeme to, co je nám dáno, a antikoncepci, kdy plodnost nějakým způsobem narušujeme, vytváříme nějakou bariéru.

**Metody přirozeného plánování rodičovství nejsou přirozenou náhražkou antikoncepce. Na rozdíl od využívání hormonální antikoncepce partneři svobodně regulují svůj pohlavní život podle toho, zda o početí dítě v daném období usilují nebo naopak cítí potřebu oddálení početí dítěte.**

**Přirozené plánování rodičovství představuje snahu VYHNOUT SE možnému těhotenství na základě využití znalostí určení plodných a neplodných dnů.**

**Antikoncepce je projevem snahy ZABRÁNIT možnému početí dítěte.**

Jedním z následků antikoncepce je totální proniknutí antikoncepční a potratové mentality do života – projevuje se odhodláním zamezit těhotenství za každou cenu.

**Podle mechanismu účinku** rozdělujeme antikoncepční metody do několika skupin. Patří sem **přerušovaný styk**, který spočívá v přerušení soulože před ejakulací, **bariérová antikoncepce** mechanicky brání setkání spermií a vajíčka (kondom, pesar...), **chemická antikoncepce** brání pohyblivosti spermií, případně je likviduje (čípky, gely, houbičky...), **nitroděložní tělísko** vyvolává imunitní reakci na jejímž základě dochází ke snížení pohyblivosti spermií a ke změnám děložní sliznice, **hormonální kontracepce** uměle navozuje vysoké hladiny hormonů, které způsobují blokádu procesu ovulace, dochází k zahuštění hlenu děložního hrdla, mění se pohyblivost vejcovodů a mění se kvalita a výše děložní sliznice (pilulky, depotní preparáty, injekce), **sterilizace**, jejímž principem je uměle navozené zneprůchodnění vejcovodů nebo chámovodů.

#### **4.1 Přerušovaná soulož (přerušovaný styk, coitus interruptus)**

##### **MECHANISMUS ÚČINKU**

- muž krátce před ejakulací „přeruší“ průběh pohlavního styku, k uvolnění semene dochází mimo rodidla ženy.

##### **VÝHODY**

- dostupnost a jednoduchost použití

##### **NEVÝHODY**

- nespolehlivost
- narušení plného odevzdání se jednoho druhému.

Možný **výskyt těhotenské hypertenze** (vysokého krevního tlaku) v následujícím těhotenství u dlouhodobých uživatelů této metody. Tento jev je podle některých studií popisován a zdůrazňován složitostí imunologických reakcí mezi matkou a dítětem.

Výskyt rakoviny prsu u žen se zdůvodňuje tím, že nedochází k přirozenému kontaktu ejakulátu se stěnou poševní. Tím nedochází k zapojení důležitých látek z ejakulátu do nervové – hormonálních reakcí při pohlavním vzrušení ženy.

#### **SPOLEHLIVOST**

- ovlivněna zkušeností muže, obecně je velice nízká (PI 8 - 20)

#### **MOŽNÉ PŘÍČINY NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ**

- nezkušenost muže
- ještě před vlastním pocitem vyvrcholení u muže se mohou ocitnout spermie v pochvě.

### **4.2 Bariérová antikoncepce**

#### **MECHANISMUS ÚČINKU**

- použití překážky, která zabrání spojení spermie a vajíčka.

#### **VÝHODY**

- jednoduchost použití
- finanční dostupnost

#### **NEVÝHODY**

##### **Alergie na materiál jako komplikace při užívání.**

U dlouhodobých uživatelů bariérových prostředků je podle některých studií popisován možný **výskyt těhotenské hypertenze** v následujícím těhotenství, která se zdůvodňuje složitostmi imunologických reakcí mezi matkou a dítětem.

Zvýšený **výskyt rakoviny prsu** u žen se vyskytuje proto, že nedochází k přirozenému kontaktu ejakulátu s stěnou poševní. Tím nedochází k zapojení důležitých látek z ejakulátu do nervové – hormonálních reakcí při pohlavním vzrušení ženy.

#### **SPOLEHLIVOST**

Obecně je nízká. (PI 5-12).

#### **MOŽNÉ PŘÍČINY NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ**

Vzhledem k tomu, že nejčastější surovinou k výrobě těchto prostředků bývá latex, snižuje se výrazně jejich spolehlivost dlouhodobým skladováním, možnosti poškození až protržení při manipulaci, kontaktem s tukem a další.

Vzhledem k tomu, že kontracepční účinek v žádném případě není úplný, není uživatel stoprocentně chráněn ani před pohlavně přenosnými chorobami.

Rozlišujeme mužské a ženské bariérové metody.

- **4.2.1 Mužská bariérová kontracepce**

**Prezervativ** (kondom) – je to latexový obal, který se přesně před stykem navléká na pohlavní úd muže. Spolehlivost se liší podle pramenů, PI se pohybuje mezi 5 a 12, u mládeže 16. Možnou příčinou selhání bývá i skutečnost, že při použití není zachován rezervoár pro výron semene.

- **4.2.2 Ženská bariérová kontracepce**

**DIAFRAGMA** (poševní pesar) – Je tvořena průhlednou latexovou membránou s plochým kovovým perem. Velikost musí stanovit lékař. Žena si ji zavádí co nejvýše do pochvy krátce před stykem a vyjímá ji za 6 – 8 hodin. Měla by se používat pouze společně se spermicidními krémy či želé. Pearl index diafragmy se spermicidním přípravkem je 3 – 5, podle některých studií až 12. V plodném období při výrazné produkci hlenu se může diafragma sesmeknout.

Mimo komplikací obecně platných pro bariérovou kontracepci se při používání diafragmy často vyskytují následné záněty močového měchýře.

**FEMIDOM** (ženský prezervativ) – Polyuretanový válec je obdobnou mužského kondomu, žena si jej zavádí před stykem do pochvy. Před nežádoucím otěhotněním i přenosem pohlavních chorob chrání přibližně stejně jako mužský prezervativ.

### **4.3 Chemická kontracepce**

#### **MECHANISMUS ÚČINKU**

- snížení pohyblivosti spermií až jejich úplná likvidace.

#### **VÝHODY**

- jednoduchost použití
- finanční dostupnost

#### **NEVÝHODY**

Vzhledem k nízké spolehlivosti je doporučována jako doplňková kontracepce, nejlépe ve spojení s bariérovými metodami, protože její spolehlivost je poměrně nízká. Z vedlejších účinků jsou popisovány možné alergie na chemickou substanci, vznik nepříznivého prostředí v pochvě může podporovat rozvoj především kvasinkových infekcí pochvy.

## **SPOLEHLIVOST**

Nízká, podle různých studií je PI 10 až 20.

Obvyklé lékové formy jsou krémem (Delfen dodává se s aplikátorem), pěna (Delfen Foam), vaginální čípky (Anti-ko, Patentex Oval N, Pharmatex). Zavádějí se hluboko do pochvy bezprostředně před stykem (nejvýše 10 minut). Účinek trvá 2 hodiny.

## **MOŽNÉ PŘÍČINY NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ**

Nedodržení časového limitu, používání mýdla před pohlavním stykem, styk, styk v plodném období v době výskytu řídkého tažného hlenu.

### **4.4 Nitroděložní tělísko – IUD – INTRAUTERINE DEVICE**

Bezprostředně po menstruaci se do dutiny děložní zavádí nejčastěji tělísko z plastu, eventuelně s příměsí mědi nebo progestinu. V děloze může být ponecháno až pět let, lékařské kontroly jsou však nezbytné.

#### **MECHANISMUS ÚČINKU**

Ještě nebyl zcela objasněn. Předpokládá se, že působení je omezeno především na dutinu děložní, takže není zabráněno ovulaci. Na **imunitním podkladě** se v děloze vytváří prostředí tzv. aseptického zánětu, který způsobí vysokou koncentraci mikrofágů, které mají schopnost fagocytózy (pohlcování buněk). V případě pohlavního styku by měly makrofágy pohlcovat spermie. Mužské pohlavní buňky by tedy neměly proniknout k vajíčku, nemělo by docházet k početí. Tento účinek ale není úplný, jak potvrzují těhotenství při IUD. Zatím nelze vyvrátit, zda IUD nepůsobí též proti oocytům (vajíčkům) a zda nenarušujeme prostředí vejcovodů. Pod vlivem aseptického zánětu dochází ke změnám děložní sliznice, která se v případě početí stává nehostinnou pro rýhující se zárodek. Není tedy vyvrácen časně potratový účinek.

Pokud je tělísko potaženo ještě hormonem, dochází ke kombinaci účinku nitroděložního tělíska a levonorgestrelu – zahušťuje se cervikální hlen, brání se růstu sliznice děložní (během prvního roku přestane 20% žen krvácet) a mění se i pohyblivost spermií. Podle výzkumů nemá vliv na činnost vaječníků – cykly jsou ovulační.

#### **VÝHODY**

- poměrně vysoká spolehlivost
- jednoduchost použití – zavede ji lékař, kromě pravidelných kontrol u lékaře se žena „nemusí o nic starat“.

## **NEVÝHODY**

- menstruační poruchy - bolestivá dlouhá silná menstruace
- vznik pánevního zánětu
- protržení dělohy při zavádění

## **SPOLEHLIVOST**

Tělísek z plastů podle jednotlivých studií je PI okolo 3. Mirena má podle výrobců PI 0,14.

Nitroděložní tělísko se nedoporučuje (je kontraindikováno) ženám, které ještě nerodily. Dále se nedoporučuje ženám, které prodělaly mimoděložní těhotenství, mají poruchu krevní srážlivosti, časté záněty vnitřních rodidel, silné a nepravidelné krvácení. Pokud dojde k těhotenství při zavedeném IUD, dochází asi v 50% ke spontánnímu potracení, ve většině případů se tělísko porodí zároveň s placentou. Riziko život ohrožujícího septického potratu je velmi vysoké (asi dvacetinásobně vyšší než u žen bez IUD).

Rozdělení tělísek dle typu:

- plastová s obsahem Cu, Au, Ag
- plastová s obsahem levonorgestrelu

## **4.5 Hormonální kontracepce (HAK, COC)**

Jakákoliv aplikace sexuálních steroidů za účelem snížení pravděpodobnosti otěhotnění.

## **MECHANISMUS ÚČINKU**

- potlačení ovulace
- zahuštění cervikálního hlenu
- změny pohyblivosti vejcovodu
- změny na děložní sliznici

Tento několikanásobný účinek zajišťuje vysokou spolehlivost HAK – pokud není potlačena ovulace, pronikají spermie výrazně obtížněji hustým cervikálním hltanem.

k početí dojde, oplodněné vajíčko má ztíženou cestu vejcovodem, eventuálně se oplodněné vajíčko nemůže uhnízdit ve změněné děložní sliznici. Potenciální časné potratový účinek nemůžeme tedy nikdy vyloučit.

## VÝHODY

- vysoká spolehlivost
- jednoduchost použití

Možnost léčebného účinku. Z léčebných důvodů se předepisují některé typy preparátů při léčbě cyst vaječníku, při úsilí o zlepšení vzhledu pleti, léčbě akné, hirsutismu, při silném a bolestném menstruačním krvácení. Předpokládá se snížení výskytu rakoviny vaječníku a rakoviny endometria (děložní sliznice) a příznivé ovlivnění nezhoubných onemocnění prsu.

## NEVÝHODY

Užívání antikoncepce je spojeno s nezanedbatelnými **riziky a mnohými nežádoucími účinky**. K nejčastějším patří napětí prsou, změny tělesné hmotnosti, změny nálady, poruchy libida, žaludeční obtíže, nauzea, ovlivnění faktorů krevního srážení a z toho plynoucí nebezpečí žilních trombóz (uzavření průchodnosti cév), spotting (špinění v průběhu celého cyklu), vzestup krevního tlaku a poruchy funkce jater. Pokud se při užívání HAK vyskytnou úporné bolesti hlavy, doporučuje se hormonální antikoncepci okamžitě vysadit. Za rizikový faktor při užívání HAK je považováno kouření.

Riziko tromboembolické nemoci (TEN) je 33 - 34 oproti neuživatelkám COC. Riziko je ovlivněno množstvím etinylestradiolu. Se snižující se dávkou estradolu riziko klesá.

Riziko je též ovlivněno typem progestynu – snížené riziko . levonorgestrel, norgestimát.

Riziko TEN roste v prvních 3-4 měsících užívání HAK. Rizikové faktory HAK: TEN, obezita, imobilizace, hereditární trombofilie, antifosfolipidový syndrom, rozsáhlé varixy.

Nárůst rizika infarktu myokardu a ischemické mozkové příhody je 5x vyšší u kuřáček a hypertoniček.

Mírně zvýšené riziko rakoviny prsu – 1,24

Relativní riziko hyperkalemie (zvýšení hladiny draslíku) se vyskytuje u žen užívajících heparin, nesteroidní antirevmatika, kalium šetřící diuretika, multivitaminy s K, inhibitory ACE (léčba hypertenze).



## SPOLEHLIVOST

Je závislá na tom, zda sledujeme pouze spolehlivost preparátu, pak se PI podle většiny studií pohybuje okolo 0,5 , nebo spolehlivost při běžném užívání, kdy je do studie zahrnuta i nespolehlivost a zapomnětlivost uživatelky a faktory ovlivňující vstřebávání preparátů, kdy se PI pohybuje od 1,1 až do 13,2 .Podle časopisu gynekologie po promoci 2004 je u typických, (real-life) uživatelky index neplánovaných těhotenství 7-8%.

## MOŽNÉ PŘÍČINY NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ

Nízká compliance – nejčastěji nedodržení časového limitu 24 hodin.

Faktory, které uživatelka neovlivní – lékové interakce, poruchy resorpce z GIT, hmotnost pacientky – RR selhání kontracepce u pacientek s vyšší hmotností nad 70,5 kg = 4,5.

Ke všem nechtěným graviditám dochází v 17 – 20 % během používání HAK.

Podle americké studie Henshawa z roku 1998 – 47 % těhotenství vznikne u žen, které tvrdí, že aktivně užívaly hormonální antikoncepci. Z nich 46% skončí v USA narozením dítěte, 54 % potratem.

Kidd z Velké Británie analyzoval důvody těhotenství souboru 117 žen, které užívaly hormonální antikoncepci. 35 % žen vynechalo jednu nebo více pilulek, 17,9 % mělo žaludeční potíže nebo zvracelo, 17,9 % užívalo současně antibiotika, ve 23 % nebyl zjištěn žádný vážný důvod pro selhání antikoncepce.

V některých případech dochází ke **snížení účinku** HAK. Ve všech příbalových letácích se upozorňuje na zvracení či průjem, při němž nemůže být preparát vstřebán.

Neméně významný je i vliv některých léků, které mohou z nejrůznějších důvodů antikoncepční účinek snížit. Užívání některých antibiotik a chemoterapeutik se mění střevní mikroflóra, takže se snižuje i její vstřebávací schopnost. Asi nevýraznější účinek má tetracyklinová řada antibiotik, Ampicilin, penicilíny a Furantoin. Při užívání zklidňujících léků se snižuje i rychlost, se kterou je antikoncepční preparát využit. Proto může být užíváním barbiturátů, antiepileptik, chlorpromazinu, diazepamů apod. výrazně snížen antikoncepční účinek HAK. Spolehlivost snižuje užití antikonvulziv. Snižování účinku antikoncepce ovlivňují i léky měnící rychlost střevní pasáže (např. projímadla) a kouření (má za následek „smrštění cév“ – vazokonstrikci – v játrech). Samozřejmě se na účinnosti HAK podílí i

schopnost správně pravidelně ji užívat (compliance) a mnohé další faktory. Kvůli možným rizikům a nežádoucím účinkům se podle metodického návodu ministerstva zdravotnictví z roku 1968 při předepisování hormonální antikoncepce má alespoň 1x ročně provést vyšetření palpační gynekologické, kolposkopické a cytologické, po 1 měsíci a po 3 měsících užívání měřit krevní tlak. Vyšetření jaterních testů již není povinné. Podle „Doporučení k předpisu kombinované perorální kontracepce (COC)“ České gynekologie z roku 2000 má být žena poučena o příznivých zdravotních neantikoncepčních účincích COC, o zdravotních rizicích a kontraindikacích COC, o ostatních metodách antikoncepce, o způsobu užívání COC, o opatření při chybě v užívání a upozornění na možnost snížení spolehlivosti při užívání antibiotik a při střevních infekcích a o možnostech krvácení z průniku v prvních cyklech. V rámci vyšetření má být v anamnéze pátráno po rizikových faktorech (např. kardiovaskulární onemocnění, hypertenze, žilní trombóza), pak má následovat obvyklá preventivní onkologicko – gynekologická prohlídka, změření krevního tlaku, vyšetření jaterních testů pouze u žen se zatíženou anamnézou, případně vyšetření geneticky podmíněných poruch srážlivosti (podle anamnézy).

#### **KONTRAINDIKACE HAK**

- trombóza současná nebo v anamnéze
- diabetes mellitus s postižením cév
- těžké jaterní onemocnění právě probíhající nebo v anamnéze
- maligní nádor genitálních orgánů a prsu a podezření na něj
- vaginální krvácení s nediagnostikovanou příčinou
- těhotenství nebo podezření na něj

#### **TERAPEUTICKÉ ÚČINKY**

- poruchy menstruačního cyklu ve smyslu nastavení pravidelnosti krvácení podle spádu hladiny hormonů po vysazení účinné látky. Ve skutečnosti ale neřeší primární příčinu nepravidelnosti
- hyperandrogenní syndrom – pouze u HAK obsahující gestageny s antiandrogenní aktivitou, jako je cyproteron acetát (Diane 35) nebo dionegegest – drospirenon (Yadine)
- kožní projevy - akné – preparáty obsahující levonorgestrel 0,1 mg. (Loette)
- endometrióza

- leiomyomy
- premenstruační příznaky – randomizované studie s placebem – nepotvrzeno
- prevence osteoporózy - protichůdné studie, prokazatelné u dívek ve věku 19-22 let užívajících COC nedošlo k fyziologickému vzestupu kostní denzity, typickému pro tento věk a vyskytujícímu se u neužívatelk (Polatiho studie 200 dívek), naopak Recker v souboru 156 dívek zjistil u 34 současných a 43 bývalých uživatelek COC vyšší kostní denzitu. Denzita není přímo úměrná ochraně před zlomeninami – Cooper v souboru 46000 žen zjistil u uživatelek COC signifikantně vyšší riziko zlomenin ve srovnání s neužívatelkami (RR = 1,2), u uživatelek po 35. roce bylo riziko větší. U adolescentních dívek je zcela nevhodné podávání nízkodávkových COC tam, kde je výskyt rizikových faktorů pro osteoporózu. Pozitivní vliv COC na osteoporózu je závislý na věku pacientky a složení preparátu – na množství etinylestradiolu

#### **4.5.1 ORÁLNÍ KONTRACEPCE (OC)**

Obvykle se používají preparáty kombinované, které obsahují jak estrogenovou, tak gestagenovou složku (COC). Je-li z nějakých důvodů kontraindikováno užívání estrogenu, jak je tomu například v období kojení, používají se preparáty jednosložkové, obsahující pouze progestin – tzv. minipilulky.

##### **TYPY COC:**

##### **a)podle cyklicity :**

monofázické – všechny tablety mají stejné složení

bifázické – dávky progestinu jsou ve druhé fázi vyšší

trifázické – dávka progestinu postupně stoupá, dávka estrogenu může být vyšší ve druhé třetině

##### **b)podle výše dávky estrogenu**

##### **c)podle typu estrogenu**

##### **d)podle typu progestinu**

Kombinovaná kontraceptiva se obvykle podávají po dobu 21 dnů, po nich následuje 7 denní přestávka. S užíváním se začíná první den cyklu. Tablety by se měly užívat v 24 hodinových intervalech  $\pm 2$  hodiny.

Minipilulky se užívají nepřetržitě po 24 hodinových intervalech. Je-li doba obvyklého užívání překročena o více než 3 hodiny, výrazně se snižuje kontracepční účinek preparátu. Pokud se minipilulky nasazují v době, kdy žena po porodu ještě nemenstruuje, nelze se na jejich antikoncepční účinek prvních 14 dnů po nasazení spolehnout.

#### **NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY OTĚHOTNĚNÍ**

Poruchy compliance – u 16 – 47 % uživatelék

Vynechání 1 tbl - riziko nechtěné gravidity se zvyšuje 2,6x

#### **4.5.2 TRANSDERMÁLNÍ KONTRACEPCE**

EVRA 3x na 7 dnů obsahuje norelgestromin - 7 deacetilnorgestimat, který má oslabený androgenní účinek 150 ug/den, podle Abramse nezvyšuje riziko TEN a etynilestradiol – denní uvolňovaná látka – 20 ug/den

Hladina účinných látek v plazmě má prodloužený interval (9dnů).

##### **Nevýhody**

Bezchybné užití náplastí – cca u 90 % žen

Vedlejší účinky užívání náplastí

- srovnatelné s perorální HAK – bolesti hlavy, krvácení z průniku, citlivost prsů (vyšší než pilulek), zvyšování hmotnosti těla
- lokální kožní reakce
- procento odlepení – 1,8 - 2,9% - doporučuje se aplikovat na čistou suchou pokožku před použitím tělového mléka nebo krému

**Nevhodné pro pacientky nad 90kg**

#### **4.5.3 TRANSVAGINÁLNÍ KONTRACEPCE**

kroužek NuvaRing – na 3 týdny zavedený do pochvy

při kontaktu s vaginální sliznicí uvolňuje do krevního oběhu 15ug etynylestradiolu a 120ug etonogestrelu.

Při odstranění kroužku z pochvy na více než 3 hodiny nutno užívat “jinou metodu atk“.

#### **4.5.4 INJEKČNÍ KONTRACEPCE**

U nás používaná pouze gestagenní forma (Depo – Proverb). Aplikuje se jednorázově nitrosvalově jednou za 3 měsíce.

##### **MECHANISMUS ÚČINKU**

Účinná látka Depo medroxyprogesteron acetát (MPA) způsobuje pravidelné vyplavování gonadotropinů, které snižují vyplavování hormonů, řídících cyklus. Následně dochází k nepříznivému ovlivnění děložní sliznice, snižuje se pohyblivost vejcovodů a mění se hlen produkovaný hrdlem děložním. Výsledkem změn na děložní sliznici je dlouhodobá amenorhea (nedostaví se krvácení), která se vyskytuje až v 70%. DEPO - PROVERA se nedoporučuje kojícím ženám do 6 týdnů po porodu. V mateřském mléce žen, kterým byla aplikována DEPO – PROVERA, byly zjištěny stopy léku. Složení mateřského mléka, jeho kvalita a množství ale ovlivněny nebyly. Byla zjištěna zvýšená úmrtnost plodu v případě otěhotnění vzniklého v době první injekce. Doporučuje se aplikovat buď během prvních 5 dnů menstruačního cyklu, do 5 dnů po porodu pokud žena nekojí nebo u kojících při kontrole v šestinedělí.

#### **4.5.5 IMPLANTÁTY**

Implanon – 1 tyčinka (vlákno 2 mm šířky, 40 mm délky. Jednosložkový depotní gestagenní přípravek obsahující etonogestrel s účinností na 3 roky. Častý nežádoucí účinek – krvácení, nárůst tělesné hmotnosti.

Norplant – jednosložkový implantační depotní přípravek, který se zavádí do ženiny paže na dobu až pěti let. Obsahuje Levonorgestrel, který je obsažený v 6 malých pružných kapslích (34 mm) vyrobených ze silastiku (silikonový polymer), odkud se zvolna vylučuje.

##### **MECHANISMUS ÚČINKU**

- zamezení ovulace
- zahuštění a snížení množství cervikálního hlenu
- vznik tenké a atrofické děložní sliznice
- způsobení předčasné luteolýzy (rozpad žlutého tělíska)

##### **VÝHODY**

- pohodlnost pro ženu

## NEVÝHODY

- jednorázově vyšší finanční nároky
- nepravidelnost cyklu 80% uživatelék

Kontraindikací může být mimoděložní těhotenství v anamnéze či diabetes mellitus.

## SPOLEHLIVOST

PI je 0,2. U výrazně obézních žen stoupá riziko otěhotnění v průběhu 4. a 5. roku užívání

**4.5.6 NITRODĚLOŽNÍ TĚLÍSKA S HORMONY (LNG-IUS)** intrauterinní systém uvolňující levonorgestrel. V současné době pod obchodním názvem Mirena. Plastikové tělísko ve tvaru T 32mm dlouhé. Uvolňuje denně 20 ug levonorgestrelu. Nepravidelnosti krvácení – v prvních 2 měsících 44 % žen. Za 6 měsíců po zavedení u většiny žen nastává úplná amenorhea. Z tohoto důvodu cca 6% žen žádá odstranění.

## CO DĚLAT, KDYŽ SE ZAPOMENE PILULKA – DOPORUČENÍ FIREM

V případě kombinovaných preparátů lze, podle „antikoncepčních“ firem, tolerovat 12 hodinové zpoždění.

Od času obvyklého užívání pilulky uplynulo méně než 12 hodin	Vezměte ihned zapomenutou pilulku, není třeba obávat se selhání antikoncepčního účinku	
Od doby obvyklého užívání pilulky uplynulo více než 12 hodin, žena zapomněla vzít pouze jednu pilulku.	V balení zbylo 7 a více pilulek	Podle různých zdrojů se buď zapomenutou pilulkou pokračuje nebo se jedna vynechá. V případě, že žena zapomněla více než jednu tabletu, zapomenuté pilulky se nikdy neberou. Po dobu 7 dnů je třeba se antikoncepčně chránit ještě další metodou (prezervativ). Po využití balení se dodrží obvyklá 7 denní pauza a po ní se pokračuje v dalším balení.
	V balení zbylo méně než 7 pilulek	Je potřeba vzít poslední zapomenutou pilulku a pokračovat v užívání. Po dobu 7 dnů je třeba se chránit ještě další metodou /prezervativ/. Po využití poslední pilulky se pokračuje bez obvyklé pauzy ihned novým balením.

Čistě progestinové preparáty (tzv. minipilulky) se musí užívat přesně!!!

#### 4.5.7 POSTKOITÁLNÍ KONTRACEPCE – PILULKY “PO”

##### **Dvousložkové preparáty:**

Aplikace probíhá maximálně do 72 hodin po styku dávkou 100µg estrogeneru a 500 µg progestinu (4 tablety **Minisistonu** nebo **Microgynonu**). Tyto čtyři tablety se znovu podají za 12 hodin.

##### **MECHANISMUS ÚČINKU**

- odloučení děložní sliznice /potratový účinek/, vyvolané podáním vysoké dávky hormonů a jejich následný prudký pokles

##### **NEVÝHODY**

- pocit na zvracení
- zvracení
- bolesti hlavy.

##### **SPOLEHLIVOST**

K neplánovaným otěhotněním dochází asi ve 2 %.

##### **Jednosložkové preparáty:**

**Postinor** – čistý progestin se musí podle některých pramenů podat do 1 hodiny po pohlavním styku, podle nejnovějších materiálů i do 72 hodin. Má stejný účinek mechanismus účinku jako dvousložkové preparáty. K vedlejším účinkům patří hlavně následně nepravidelnost cyklu, zvracení a další. Až v 10 % případů navzdory použití preparátů dochází k prokázanému těhotenství.

#### 4.6 Chirurgická sterilizace

##### **MECHANISMUS ÚČINKU**

Chirurgické metody jsou obvykle prováděny k dosažení trvalé sterility jak u mužů, tak u žen. Je to zákrok ve své podstatě nevratný.

**U žen** se provádí přerušení vejcovodů několika způsoby, v podstatě se jedná o přestřížení a podvázání či přerušení koagulací (působením tepelného zdroje) vejcovodů s případnými dalšími zákroky (vnoření vejcovodu do stěny děložní apod. Zvláštní typ sterilizace představuje nasazení umělohmotných kroužků na vejcovody s tím, že po určité době by bylo možné tyto kroužky vyjmout. Riziko trvalého zneprůchodnění vejcovodů zánětem pod vlivem tlaku kroužků nelze vyloučit.

**U muže** jde o poměrně jednoduchý chirurgický výkon za místního znecitlivění, při němž dojde k vypreparování, podvázání a protěti chámovodů.

### **VÝHODY**

- vysoká spolehlivost

### **NEVÝHODY**

- časté psychické obtíže pramenící z vědomí nevratnosti metody.

Tento způsob kontracepce nemá vliv na libido ani potenci.

### **SPOLEHLIVOST**

ani tato metoda není zcela stoprocentně spolehlivá. Podle empirického výzkumu se v souboru 10 685 žen s odstupem 8 – 14 let po chirurgické sterilizaci vyskytlo 47 mimoděložních těhotenství. Kumulativní desetiletá četnost takových těhotenství je 7,3 na 1000 sterilizovaných žen. Při bipolární koagulaci (běžnější způsob sterilizace) je pravděpodobnost mimoděložní gravidity 31,9 na 1000 sterilizovaných žen.

Výskyt mimoděložních těhotenství se statisticky rozptýlil v celém sledovaném období, není tedy vyšší v prvních letech po chirurgickém výkonu.

### **MOŽNÉ PŘÍČINY NEPLÁNOVANÝCH TĚHOTENSTVÍ**

Proces hojení v malé pánvi může vést ke vzniku drobných spojek, které jsou pro spermie průchozí, své může sehrát i lidský faktor, kdy nedojde k přetěti vejcovodů ale vazů.

V České republice se provedení sterilizace řídí zákonem č. 20/1966 Sb. O zdraví lidu, podmínky, za kterých lze provést tento zákrok, stanovuje Směrnice MZ ČSR ze 17. 12. 1971.

Dle dosud platné legislativy je sterilizace povolena ženám, které trpí vážnou chorobou, u zdravých žen pouze tehdy, má-li více než 30 let a 4 děti, případně nad 35 let 3 děti. O vykonání sterilizace musí u nás požádat, zatímco ve vyspělých zemích lze provést sterilizaci na žádost občana bez udání důvodu. Změnu by měl přinést nový zákon, který se už několik let



připravuje (Uzel 1999), dosud nebyl legislativou schválen.

Plánované rodičovství patří k základním lidským právům a naše zákony toto nerespektují. V ostatních zemích jsou žadatelé důkladně poučeny jednak o zákroku, jednak o trvalé neplodnosti. Před sterilizací podepisují písemný souhlas a mezi úředním aktem a vlastním výkonem musí uplynout určitá doba na rozmyšlení, např. v New Yorku je nařízena třicetidenní čekací lhůta. (Livotiová, 2004). U nás vzhledem k výše uvedeným opatřením je metoda sterilizace málo využívána.

..

## 5. PORODNÍ ASISTENTKA A JEJÍ ROLE V OBLASTI PLÁNOVANÉHO RODIČOVSTVÍ

### 5. 1. MEZINÁRODNÍ DEFINICE PORODNÍ ASISTENTKY

V červenci 2005 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek v Brisbane byla přijata nová definice porodní asistentky:

**„Porodní asistentka** je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávané v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník:

- pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a době poporodní
- vede porod na svou vlastní zodpovědnost
- poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku

Tato péče zahrnuje:

- preventivní opatření
- podporu normálního porodu
- zjišťování komplikací u matky nebo dítěte
- zprostředkování přístupu lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci
- provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci

**Porodní asistentka** má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

**Porodní asistentka** může vykonávat svou profesy v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek.“ (zdroj: [ckpa.cz/dokumenty/definice\\_pa.pdf](http://ckpa.cz/dokumenty/definice_pa.pdf))

Tato definice nahrazuje Definici porodních asistentek přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

## **5. 2. KOMPETENCE PORODNÍCH ASISTENTEK PRO ZÁKLADNÍ PRAXI V OBLASTI PREKONCEPČNÍ PÉČE A METODY PLÁNOVÁNÍ RODINY**

Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM – International Confederation of Midwives) vznikla v roce 1919 jako federace asociací porodních asistentek. Jejím posláním je „rozšiřovat cíle a úsilí porodních asistentek pro zlepšení podmínek pro ženy ve fertilním období, jejich dětí a jejich rodiny ať žijí kdekoliv.“ ICM uznává Organizace spojených národů jako nevládní organizaci (NGO) a spolupracuje se všemi kanceláři OSN při podpoře Bezpečného mateřství, strategii primární péče o rodiny světa a definování a přípravě porodní asistentky.

V závěrečném konceptu z února 1999 pojem kompetence odpovídá na otázku „Co dělá porodní asistentka?“. Rozsah její praxe zahrnuje autonomní péči o dívky, dopívající a dospělé ženy před, během a po porodu, poskytuje tedy potřebný dohled, péči a rady během těhotenství v porodu a v poporodní, období, je zodpovědná za vedení porodu, pečuje o nově narozené dítě, dohled v primární péči o komunitu (preventivní měřítka), zdravotní poradenství a výchova ženy, rodin a společnosti, včetně přípravy k rodičovství, plánování rodiny, zjišťování abnormálních stavů a dle potřeby zajištění specializované asistence. (časopis Porodní asistentka, 1-2/2003)

Kompetence první definuje nezbytné znalosti a dovednosti z oblasti společenských věd, veřejného zdravotnictví, zdravotních oborů a etiky, které jsou základem vysoké kvality, kulturní náležitosti a vhodnosti péče o ženy, novorozence a jejich rodiny. V této kompetenci definuje profesionální chování: porodní asistentka je schopná činit klinická rozhodnutí a je za ně zodpovědná, periodicky aktualizuje své vědomosti a dovednosti, aby odpovídaly novým trendům, využívá univerzálních preventivních prostředků, strategie kontroly infekce. Porodní asistentka používá vhodné poradenství a doporučení, zůstává nestranná a kultivovaně respektující, využívá model partnerské spolupráce se ženami, aby mohly činit informovaná rozhodnutí v aspektech péče, využívá naslouchacích a vývarových technik. Zná indikace

kardiopulmonální resuscitace dospělých i dětí, má vědomosti o získání, užívání a udržování pomůcek a tyto přiměřeně využívá, spolupracuje s ostatními zdravotnickými pracovníky ke zlepšení péče, je obhájce žen v institucionálním prostředí.

V oblastech prekoncepční péče a metod plánování rodiny provádí porodní asistentka „vysoce kvalitní, kulturně citlivou zdravotní výchovu a poskytuje služby všem ve společnosti na podporu zdravějšího rodinného života, plánování těhotenství a pozitivního rodičovství.“

(Porodní asistentka, 3 – 4. roč. 2003, s. 11.)

Pro praxi porodní asistentky je zapotřebí znalosti a dovednosti, jejich rozdělení a rozsah uvedené v časopisech Porodní asistentka číslo 3 – 4/ ročník 2003 doslovně uvádím

**Základní znalosti o:**

- růstu a vývoji ve vztahu k pohlaví, sexuálnímu vývoji a sexuálním aktivitám a fyziologii ženy a anatomii muže ve vztahu ke koncepci a reprodukci
- kulturních normách a praktikách v oblasti sexuality, praktikách pohlavního styku a reprodukce
- komponentech osobní, rodinné a příslušné genetické anamnézy
- fyzikálních testech a vyšetřovacích laboratorních vyšetřeních k ohodnocení zdravého těhotenství
- zdravotní výchově zaměřené na reprodukční zdraví, sexuálně přenosné choroby /STD, HIV/AIDS a zdravý vývoj dítěte
- přirozených metodách ochrany před početím a jiných, místně možných a kulturně akceptovatelných metodách plánování rodiny
- bezpečných metodách bariérové, hormonální, mechanické a chemické antikoncepce a indikacích pro jejich užití ICM Essential Competeies 1999
- metodách poradenství pro ženy, které potřebují rozhodnout o způsobu plánování rodiny
- známkách a příznacích infekce močových cest a v lokalitě běžných sexuálně přenosných chorob

**Doplňující znalosti o:**

- faktorech týkajících se nemocí, vztahujících se k neplánovaným nebo nechtěným těhotenstvím
- indikátorech obvyklých akutních a chronických stavů nemocí, specifických pro danou oblast světa, a doporučených postupech pro další testování/léčení
- indikátorech a metodách poradenství/doporučení v oblasti nefungujících mezilidských vztahů, včetně sexuálních problémů, domácího násilí, citového zneužívání a fyzického zanedbávání

**Základní dovednosti o :**

- vyčerpávajícím způsobem stanovení anamnézy
- vykonávání fyzických vyšetření zaměřených na přítomný stav ženy
- objednávání a/nebo vykonávání a interpretace obvyklých laboratorních vyšetření jako je krevní obraz, rozbor moči, kolposkopie
- přiměřené užívání zdravotní výchovy a základních metod poradenství
- poskytování místně možných a kulturně akceptovatelných metod plánování rodiny
- zaznamenávání nálezu, včetně toho, co bylo provedeno a co je třeba udělat

**Doplňující dovednosti:**

- užívání kolposkopu
- poskytování všech metod bariérové, hormonální, mechanické a chemické antikoncepce
- odebírání nebo doporučování k odběru cervikální cytologie

V dokumentu Nezbytné kompetence pro základní praxi porodní asistence jsou stanoveny představy, význam, strategie a činnosti, které jsou potřebné pro osoby pečující o zdravotní vybavení rodících žen a jejich rodin. V rámci rozhodování porodní asistentky přijímají zodpovědnost své praxe, využívají výběru ve zdrojích znalostí, intuitivního cítění a schopnosti kriticky myslet a v tomto dynamickém procesu jsou schopny činit závažná klinická rozhodnutí, jež odpovídají měnícímu se zdravotnímu stavu každé ženy, a předpovídá potencionální problémy dříve než nastanou.

### **5. 3. ETICKÝ KODEX PORODNÍCH ASISTENTEK**

Etický kodex obecně představuje veřejnou deklaraci přesvědčení a hodnot určité profese a označuje cíle, hodnoty a měřítka vykonavatelů dané profese. Je veřejným prohlášením toho, co je chápáno jako etické chování. Etický kodex je specifickým sjednocujícím prvkem uvnitř profesní skupiny, zejména v této době společenských a technologických změn, kdy se zvýšil počet situací, které vyžadují zodpovědné etické posouzení. Etický kodex neřeší konkrétní situace, nemůže zabránit svému zneužití, nespecifikuje, co by se mělo vzít v úvahu v konkrétní situaci v praxi ani nemůže tento kodex zbavit tíhy zodpovědnosti.

Podnět ke vzniku etického kodexu dalo představenstvo mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM), vznikal postupně na pracovních setkáních ve Vancouveru 1986, Hague 1987 a v Madridu 1991. 6.května 1993 byl etický kodex porodních asistentek přijat Radou ICM.

Etický kodex má širší celosvětovou perspektivu, přičemž jako hlavní problémy etiky jsou: „bezpečnost, kompetence, odpovědnost a vědomí odpovědnosti, důvěrnost informací, využití konzultací a předání do péče dalším odborníkům, ohled na lidskou důstojnost, zapojení klientek do rozhodování, účast na rozvoji porodnického oboru a řízení porodnictví a mateřské péče, uctívá spolupráce ve zdravotnickém týmu, podpora zdraví, spravedlnost, nestrannost, vyhnutí se diskriminaci, výchova a vzdělávání porodních asistentek.“

Kodex definuje z etického hlediska čtyři oblasti profese, v odstavci I. vztahy v porodnictví, odstavci II. porodnickou praxi, odstavci III. profesní odpovědnost porodních asistentek, odstavci IV. pokrok v porodnické teorii a praxi.

### **5. 4. STRATEGICKÉ DOKUMENTY**

Jsou to dokumenty zásadní povahy, které určují další vývoj a směřování ošetrovatelství a porodní asistence ve 21.století. Dokumenty WHO, které by měly pomoci signatářským zemím rozpoznat oblasti, ve kterých je třeba změn a připravit strategii, jak tyto změny zavést do praxe.

#### **5.4.1 Dokument č. 1 - MNICHOVSKÁ DEKLARACE**

Druhá konference ministrů o ošetrovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO v červnu 2000 v Mnichově se zabývá rolí příspěvkem sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví. Ministři zdravotnictví členských států WHO vydali prohlášení o klíčové a stále

významnější roli sester a porodních asistentek v zajišťování „vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotnických služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí.“ Deklarace hovoří o překážkách v oblasti personální politiky, otázkách lékařské dominance, o vytváření příležitostí pro společnou výuku sester, porodních asistentek a lékařů, o podpoře programů a služeb komunitního ošetrovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu i o posilování rolí těchto profesí ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a v komunitním rozvoji. Podpisem deklarace se Česká republika zavázala posílit ošetrovatelství a porodní asistenci. (viz příloha č.1)

#### **5.4.2. Dokument č. 2 - STANDARTY PRO OBORY OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCI**

Tento dokument byl připraven pro země ucházející se o členství v Evropské unii, vychází z Mnichovské deklarace a strategie Zdraví pro všechny do 21.století, kterou schválilo 48. zasedání Regionálního WHO pro Evropu, konaného v září 1998 v Kodani. Dokument obsahuje standardy, struktury a procesy, které podporují volný pohyb profesionálů v rámci členských států EU, částečně i standardy vzdělávání a přípravy. Je pojat jako pracovní dokument pro země, které se o obory ošetrovatelství a porodní asistence zasazují (podpisem Mnichovské deklarace, tedy i Česká republika) jako seznámení s profesními standardy, které členské státy EU musí splňovat. Tento požadavek vyplývá z Římské dohody, na jejímž základě v roce 1957 vzniklo Evropské společenství, dohoda garantující každému občanu Evropského společenství svobodu výkonu povolání, hledání zaměstnání, založení vlastní firmy pro poskytování služeb v kterémkoli členském státě. Římská dohoda zajišťovala volný pohyb, ale nestanovila povinnost uznávat odborné kvalifikace získané v jiných členských státech, proto bylo třeba uvést do praxe procesy k usměrnění akceptace vzdělávání a výchovy příslušných kvalifikací. Pro regulované profese, k nimž patří porodní asistentky, všeobecné sestry, lékaři, praktičtí lékaři, stomatologové, lékárníci a veterinární lékaři jsou stanoveny specifické oborové směrnice založené na harmonizaci. Pro profese, pro které nejsou stanoveny oborové směrnice, je využíván přístup obecných systémových směrnic založený na uznání. Tento přístup může být využíván u sester, které získaly kvalifikaci absolutoriem úvodního specializačního vzdělávání, to znamená, že vzdělání nezískaly dle oborových směrnic o všeobecné ošetrovatelské péči. Tyto sestry by žádaly o uznání a před uznáním v dané zemi by podstoupily přezkoušení nebo danou dobu pracovat pod dohledem.

**Oborová směrnice pro porodní asistenci 80/145/EHS** popisuje tituly/kvalifikace, které jsou pokládány za harmonizované s EU standardy, jež umožňuje automatické uznání kvalifikace a **oborová směrnice 80/155/EHS** popisuje povahu a obsah minimálního akceptovatelného vzdělávacího programu. V článku 1 je uvedeno z jakých oblastí má mít porodní asistentka adekvátní znalosti, vědomosti, případně klinické zkušenosti. v článku 4 jsou definovány aktivity, které jsou minimálně oprávněny porodní asistentky zastávat (uvádím pouze aktivitu týkající se tématu této bakalářské práce) :

- poskytovat odpovídající spolehlivé informace a poradenství týkající se plánování rodičovství

Dále jsou uvedeny aktivity porodních asistentek v péči o fyziologické těhotenství, přípravě k porodu, péče v době po porodu, péče o novorozence, péče v době poporodní, v zajištění léčebných postupů předepsaných lékařem i vedení veškerých nezbytných záznamů.

V příloze ke Směrnici jsou uvedeny požadavky na vzdělávací programy pro porodní asistentky a to ve dvou částech – teoretické a technické výuce předmětech obecných a předmětech specifických pro aktivity porodních asistentek a v části praktického a klinického vzdělávání.

#### **5.4.3 Dokument č. 3 - SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY VE SLUŽBÁCH ZDRAVÍ**

V programu Zdraví 21 - zdraví pro všechny v 21.století v Cíli 18 se stanoví, že každý členský stát do roku 2010 musí zajistit, aby odborníci ve zdravotnictví měli odpovídající znalosti, postoje a dovednosti, nutné k podpoře a ochraně zdraví. V koncepci se potvrzuje přesvědčení WHO, že sestry a porodní asistentky jsou potenciál klíčového přínosu pro zdraví lidu. Strategie obsahuje principy vzdělání, které jsou nutné pro kvalitní výkon povolání a je základem pro sjednocení rozdílů napříč regionem.

V dokumentu je potvrzeno, že vzdělávání, v oborech ošetrovatelství i porodní asistence vyžaduje pravidelnou kontrolu a že oba obory jsou i nadále objektem lékařské dominance, mají slabé postavení a postrádají autoritu i vliv. Porodním asistentkám je třeba zajistit odpovídající vzdělání, organizaci i finanční zajištění a nezbytné pravomoci, aby mohly sehrát rozhodující roli v **plánovaném rodičovství a reprodukčním zdraví**.

Dokument obsahuje hlavní principy základních vzdělávacích programů v obou oborech,



mimo jiné stanovují kurikulum založené na výzkumu a důkazech (evidence based, přístup), kvalifikaci pedagogů.

#### **5.4.4 Dokument č. 4 - DALŠÍ POSTUP PO PŘIJETÍ MNICHOVSKÉ DEKLARACE**

Účelem informační příručky je umožnit zemím vyhodnotit současnou situaci a pomoci posoudit jaký druh pokroku bude možný, identifikovat jaké změny budou potřebné v jejich národním právním řádu, v jejich strategii pro vzdělání, předvídat problémy.

## **6. EMPIRICKÝ VÝZKUM**

### **6.1 CÍLE VÝZKUMU**

1. Zjistit, kterou antikoncepční metodu si nejčastěji volí uživatelé, zda jsou obeznámeni s jednotlivými antikoncepčními metodami a jejich působením na lidský organismus /výhody, nevýhody, zdravotní rizika/.
2. Zjistit zda vlastnosti vybrané respondentkami jako charakteristické pro jednotlivé antikoncepční metody odpovídají skutečnosti /snadnost, přirozenost, spolehlivost, finanční přijatelnost/.
3. Zjistit stav informovanosti o symptotermální metodě přirozeného plánování rodičovství.
4. Zjistit zda ženy považují symptotermální metodu přirozeného plánování rodičovství za záležitost obou partnerů.
5. Zjistit vztah mezi znalostmi příznaků plodnosti s četností používání symptotermální metody.
6. Zjistit spokojenost žen s poučením v gynekologické ordinaci, potřebným pro výběr vhodné antikoncepční metody a pro její používání.
7. Zjistit úlohu porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství a zájem partnerské dvojice využívat služeb poradny pro plánované rodičovství, vedené nelékařským zdravotnickým pracovníkem.

## **6.2 ORGANIZACE VÝZKUMU**

### **6.2.1 Charakteristika souboru a organizace výzkumu**

V úvodu své bakalářské práce jsem si stanovila cíle, které jsem ověřila na základě dotazníkového šetření. Výzkum byl založen na dotazníkové akci.

Mezi výhody metody dotazníku patří: postihnutí velkého počtu jedinců při relativně nízkých nákladech a v krátkém časovém úseku.

K nevýhodám se řadí většinou malá návratnost a zkreslené údaje díky nepochopení otázky nebo špatně položeným otázkám.

Dotazníky jsem rozdávala ve třech soukromých gynekologických ambulancích v Hradci Králové a to od 1. března 2008 do 30. dubna 2008. Před vlastním výzkumem jsem oslovila vedoucí lékaře vybraných soukromých gynekologických ambulancí, seznámila je s účelem výzkumu, s vlastním dotazníkem i způsobem, jak bude výzkum probíhat a získala písemný souhlas k průzkumnému šetření. Před definitivním rozdělením dotazníků zkoumaným skupinám jsem provedla takzvanou pilotáž, kterou jsem prováděla na malé skupince žen v jedné gynekologické ordinaci. Hlavním cílem pilotáže bylo zjistit, zda respondenti otázky správně chápou a jsou jim srozumitelné.

Po předchozí zkušenosti z pilotního šetření jsem zvolila techniku vyplnění dotazníku přímo na místě s dotazovanými. Oslovené klientky samostatně vyplnily dotazníky, měly možnost se mnou konzultovat případné pochybnosti ohledně správného pochopení otázek. Byla jsem příjemně překvapena vstřícností a pochopením ze strany žen. Původně bylo mým záměrem zkoumat i názor mužů na danou problematiku. Bohužel po realizaci pilotáže, jsem upustila od tohoto záměru. Muži nebyli ochotni dotazníky vyplňovat. Jejich postoj byl odmítavý, jakoby se problematika antikoncepce týkala jen žen.

Výběr respondentek byl náhodný.

Ze 100 připravených dotazníků byl vyplněn rovný počet. Návratnost byla 100%. Dotazníky jsem rozdávala osobně, vždy jsem danou skupinu nebo respondenta uvedla stručně do dané problematiky a poté ponechala čas na vyplnění.

### 6.2.2 Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem zvolila originální dotazník, který se skládá ze vstupní části a ze 3 částí vlastního dotazníku (příloha č. 2). V dotazníku bylo užito více typů otázek:

- otázky uzavřené (strukturované) – kdy dotazovaný vybírá z nabízených možností pouze tu, která se nejvíce podobá jeho názoru
- otázky polouzavřené - dané možnosti jsem rozšířila a doplnila o variantu „jiná odpověď“
- otázky otevřené (nestrukturované) - je ponechán prostor respondentovi, jen na něm záleží, jaká bude jeho odpověď.

Ve vstupní části je uvedeno jméno autora a instituce, je vysvětlen cíl dotazníku, jeho účel. V závěru vstupní části dotazníku je poděkování za účast ve výzkumu i za vyplnění dotazníku.

**Část I** obsahuje demografické údaje – věk, pohlaví bylo předem specifikováno, neboť dotazník byl určen pouze pro ženy, partnerský vztah, vzdělání, otázka víry, potřeba ochrany před těhotenstvím, výběr antikoncepční metody a na základě čeho si ji vybrala, vliv antikoncepce na zdravotní stav dotazované, způsob projevu.

**V části II** jsou uvedeny dotazy na vlastnosti, které jsou charakteristické pro jednotlivé antikoncepční metody, na faktory, které nás nejvíce ovlivňují při výběru určité metody, na znalosti ukazatelů plodnosti a na to navazující míru informovanost veřejnosti o přirozeném plánování rodičovství o symptotermální metodě.

**V části III** jsou uvedeny otázky zda ženám bylo poskytnuto adekvátní poučení ohledně výběru antikoncepčních metod v gynekologických ordinacích a zda by využily služeb poradny pro plánované rodičovství v kompetenci nelékaře

Dotazník obsahuje 21 otázek, které jsem sestavila na základě informací o mechanismu účinku jednotlivých antikoncepčních metod a symptotermální metodě přirozeného plánování rodičovství, předpokladech přirozené plodnosti páru získaných z odborné literatury, dále na základě cenných konzultací s MUDr. Ludmilou Lázníčkovou a kurzu přirozeného plánování rodičovství, pořádaného sdružením CENAP, kterého jsem se během roku zúčastnila. Dále otázky na téma edukační činnosti porodní asistentky, jejího vlivu na veřejnost a následné zřízení antikoncepčních poraden. Předpokládaný čas na vyplnění činil cca 15 minut, což odpovídá v odborné literatuře míře vhodného času k vyplnění. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze č.2. Vyhodnocení dotazníku bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Excell Office. Odpovědi byly pro lepší přehlednost zpracovány do tabulek a grafů.

## 6.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka číslo 1: **Váš věk**

**Tabulka č. 1** – Rozdělení souboru z hlediska věku

	Absolutní počet (žen)	četnost v (%)
15-18 let	9	9
19-25	9	9
26-30	23	23
31-35	26	26
36-40	14	14
41 a více let	19	19
Celkem	100	100

KOMENTÁŘ:

Z celkového počtu 100 žen bylo ve věkové skupině 15-18 let 9 respondentek, ve věkové skupině 19-25 let stejný počet tedy opět 9 respondentek tj. 9% v každé skupině, ve věkové skupině 26 – 30 let 23 žen tj. 23%, ve věku 31-35 bylo 26 respondentek tj. 26%, věkovou skupinu 36-40 let zastoupilo 14 žen tj. 14%, věková skupinu 41 a více byla zastoupena 19 respondentkami tj. 19%.

Otázka č. 2: **Žijete v partnerském vztahu?**

**Tabulka č. 2** – Rozdělení souboru na základě života v partnerských vztazích

	Absolutní počet odp.	četnost v (%)
Ano	81	81
Ne	19	19
Celkem	100	100

KOMENTÁŘ:

Na tuto otázku odpovědělo 81 žen tj. 81% ano, 19 žen tj. 19% ne.

Otázka č. 3: **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

**Tabulka č. 3** - Rozdělení souboru z hlediska dosaženého vzdělání

	Počet žen	četnost v (%)
základní	2	2
učební obor	18	18
středoškolské (maturita)	58	58
vysokoškolské	22	22
celkem	100	100

**KOMENTÁŘ:**

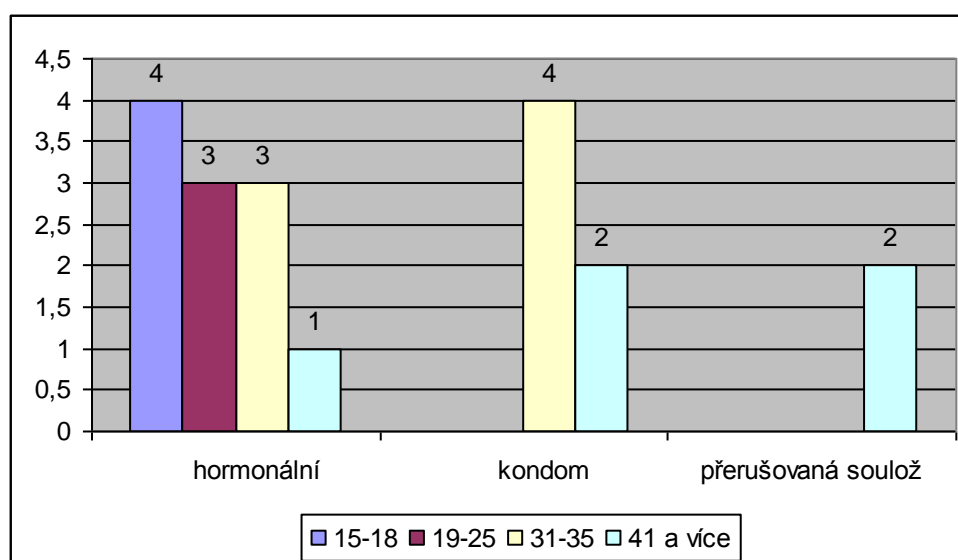
Základní vzdělání měly 2 respondentky tj. 2%, z celkového počtu. 18 žen uvedlo, že jsou vyučené tj. 18%. Středoškolské studium ukončené maturitou má 58 respondentek tj. 58%, vysokoškolské vzdělání uvedlo 22 žen, tedy 22%.

Otázka č 4: **Je víra rozhodující ve výběru metody (víra/ antikoncepce / věk)**

**Tabulka č. 4** - Vliv věku na víru a na výběr antikoncepční metody

Počet věřících respondentek (19)				
	15-18	19-25	31-35	41 a více
hormonální	4	3	3	1
kondom			4	2
přerušovaná soulož				2

**Graf č. 1** - Vliv věku na víru a výběr antikoncepční metody



**KOMENTÁŘ:**

Ze sta tázaných žen vyznalo víru pouze 19 respondentek tj. 19%. Věková skupina 15 – 18 let byla zastoupena počtem 4 žen. Tyto respondentky si zvolily metodu hormonální antikoncepce. Věková skupina 19 – 25 let s počtem 3 žen též volila metodu hormonální antikoncepci. Věková skupina 31- 35 let byla zastoupena 7 ženami. Z toho 3 ženy používaly hormonální antikoncepci, 4 ženy kondom. Věková skupina nad 41 let byla zastoupena 5 ženami. Pouze 1 žena používala hormonální antikoncepci, 2 ženy kondom a další 2 ženy využívaly metodu přerušované soulože.

**Otázka č. 5: Používáte v současné době nějakou antikoncepční metodu****Tabulka č. 5 - Potřeba kontracepce**

	Počet žen	četnost (%)
Ano	82	82
Ne	18	18
Celkem počet odpovědí	100	100

**KOMENTÁŘ:**

Z celkového počtu 100 žen antikoncepční metodu používalo 82 žen tj.82%.

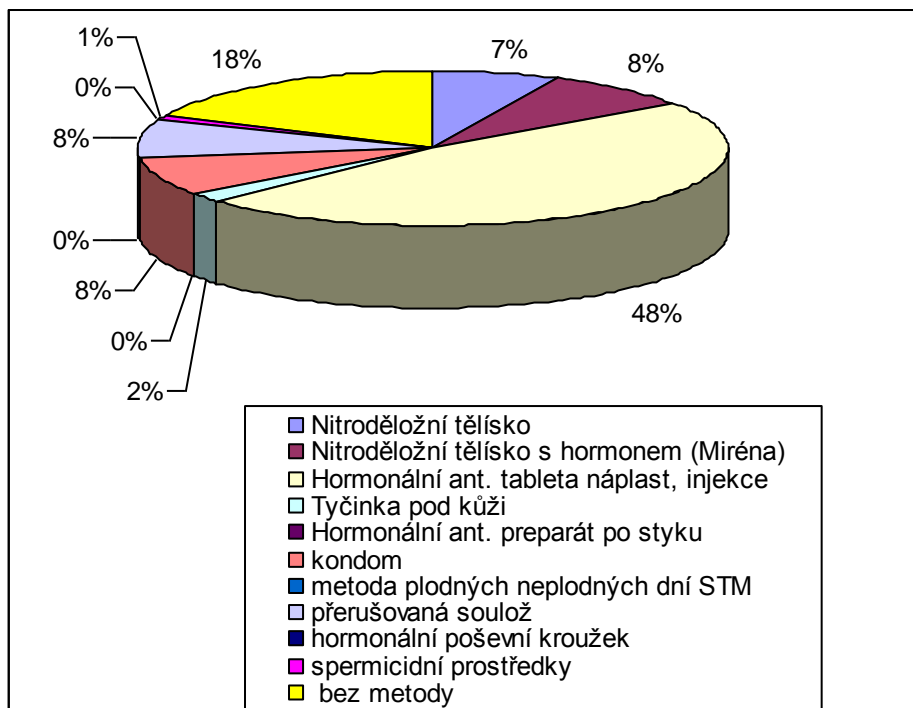
**Otázka č. 6 : Pokud ano, kterou metodu jste si zvolila?**

**(Označte všechny vámi používané metody)**

**Tabulka č. 6 - Metoda zvolené kontracepce**

Typ antikoncepční metody	Počet žen	četnost (%)
Nitroděložní tělísko	7	7
Nitroděložní tělísko s hormonem (Miréna)	8	8
Hormonální ant. Tableta, náplast, injekce	48	48
Tyčinka pod kůži	2	2
Hormonální ant. preparát po styku	0	0
kondom	8	8
metoda plodných neplodných dní STM	0	0
přerušovaná soulož	8	8
hormonální poševní kroužek	0	0
spermicidní prostředky	1	1
bez metody	18	18
Celkem	100	100

**Graf č. 2 – Zvolená metoda kontracepce**



**KOMENTÁŘ:**

Na tuto otázku odpovědělo všech 100 respondentek takto:

Hormonální kontracepci /antikoncepční tableta, náplast, injekce/ používalo 48 žen (48%), 7 žen (7%) používalo nitroděložní tělíska bez hormonu, s hormonem 8 (8%) žen, přerušovaný styk uvedlo 8 žen (8%), kondom si zavádělo 8 respondentek (8%), podkožní tyčinku mají implantovanou 2 ženy (2%), spermicidní prostředky uvedla 1 žena (1%). Hormonální antikoncepční preparát po styku, hormonální poševní kroužek a metodu plodných a neplodných dnů neuvedla žádná žena.

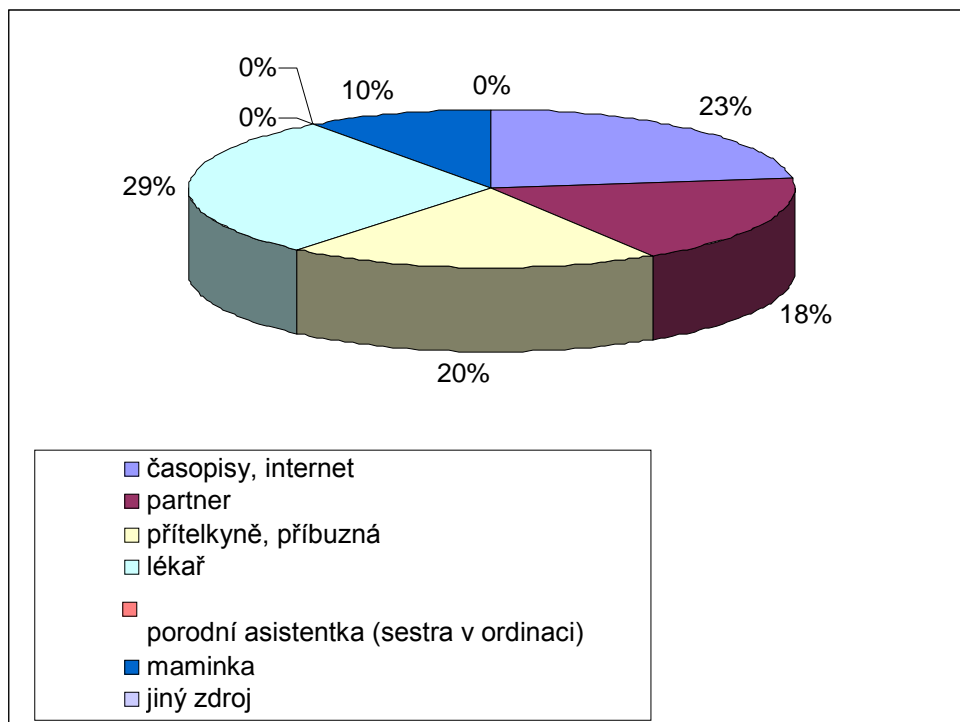
**Otázka č. 7 : Kdo vás nejvíce ovlivnil při výběru metody?**

**Tabulka č. 7 - Zdroj informací při výběru antikoncepce**

	Počet žen.	Četnost (%)
časopisy, internet	23	23
partner	18	18
přítelkyně, příbuzná	20	20
lékař	29	29
porodní asistentka (sestra v ordinaci)	0	0
maminka	10	10
jiný zdroj	0	0
celkem počet odpovědí	100	100



**Graf č. 3 - Zdroj informací při výběru antikoncepce**



**KOMENTÁŘ:**

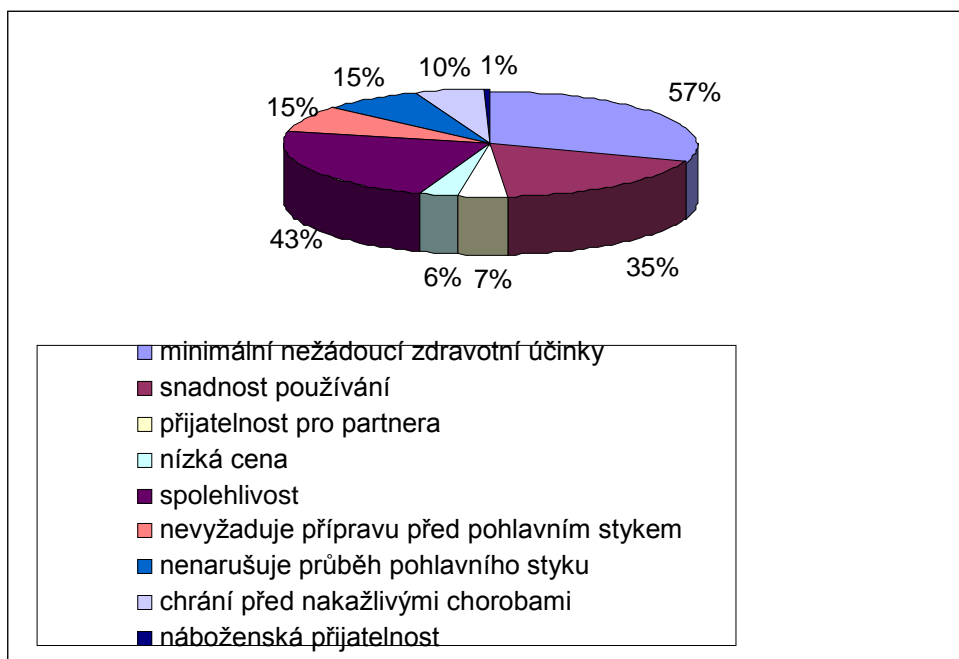
Na otázku kdo vás nejvíce ovlivnil při výběru antikoncepční metody odpovědělo 100 respondentek následovně: lékařem bylo ovlivněno 29 žen (29%), informacemi z časopisů a na internetu 23 žen (23%), s partnerem se radilo 18 žen (18%), 20 žen (20%) se dalo ovlivnit svými nejbližšími (přítealkyně, příbuzná), 10 žen (10%) se obracelo na svoji maminku, porodní asistentku a jiný zdroj informací neoznačila žádná žena.

**Otázka číslo 8 : Co je pro vás důležité (co preferujete) při výběru metody?**

**Tabulka č. 8 - Faktory ovlivňující výběr antikoncepční metody**

FAKTORY	Počet odpovědí	četnost v (%)
minimální nežádoucí zdravotní účinky	57	57
snadnost používání	35	35
přijatelnost pro partnera	7	7
nízká cena	6	6
spolehlivost	43	43
nevyžaduje přípravu před pohlavním stykem	15	15
nenarušuje průběh pohlavního styku	15	15
chrání před nakažlivými chorobami	10	10
náboženská přijatelnost	1	1
Celkem počet odpovědí	189	100

**Graf č. 4 - Faktory ovlivňující výběr antikoncepční metody**



**Komentář:**

Na otázku odpovědělo 100 respondentek, které vybraly celkem 189 faktorů. Četnost v % je vztažená k počtu respondentek. Z výzkumu vyplynulo, že nejvyšší důležitost ženy přisoudily faktoru „minimální nežádoucí zdravotní účinky“, byl označen 57x (57%) , faktor „spolehlivosti“ označen 43x (43%), na dalším místě 35x (35%) zakroužkován faktor „snadnost používání“, 15x (15%) označeny dva faktory, ovlivňující přípravu a průběh pohlavního styku 10x (10%) zaškrtnut faktor „ochrana před nakažlivými chorobami“, faktor „přijatelnost pro partnera“ označen 7x (7%) , faktor „nízká cena“ zapsán 6x (6%), faktor „náboženská přijatelnost“ byl vybrán pouze jednou (1%).

#### **Otázka č.9 : Ovlivnila antikoncepce váš zdravotní stav?**

**Tabulka č. 9 - Ovlivnění zdravotního stavu antikoncepcí**

	Počet žen	Četnost v (%)
Ano	24	24
Ne	76	76
Celkem	100	100

**KOMENTÁŘ:**

Zdravotní stav ovlivnila antikoncepce 24 ženám (24%).

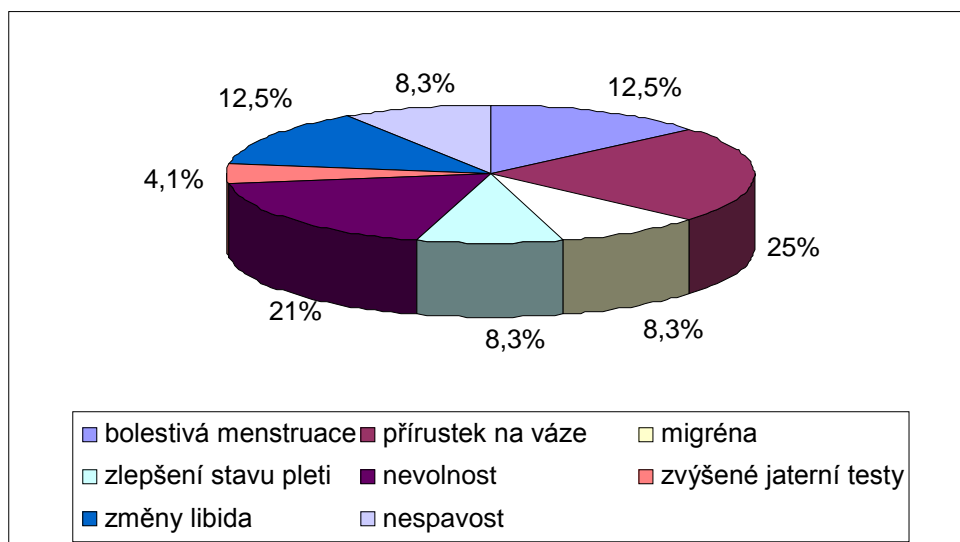
Žádné změny zdravotního stavu nezaznamenalo 76 žen (76%).

Otázka č. 10 : **Pokud ano uveďte jakým způsobem?**

**Tabulka č. 10** – Přehled symptomů změn zdravotního stavu

Symptomy	Počet odpovídajících žen	Četnost v (%)
bolestivá menstruace	3	12,5
přírůstek na váze	6	25
migréna	2	8,3
zlepšení stavu pleti	2	8,3
nevolnost	5	21
zvýšené jaterní testy	1	4,1
změny libida	3	12,5
nespavost	2	8,3
celkem počet odpovědí	24	100

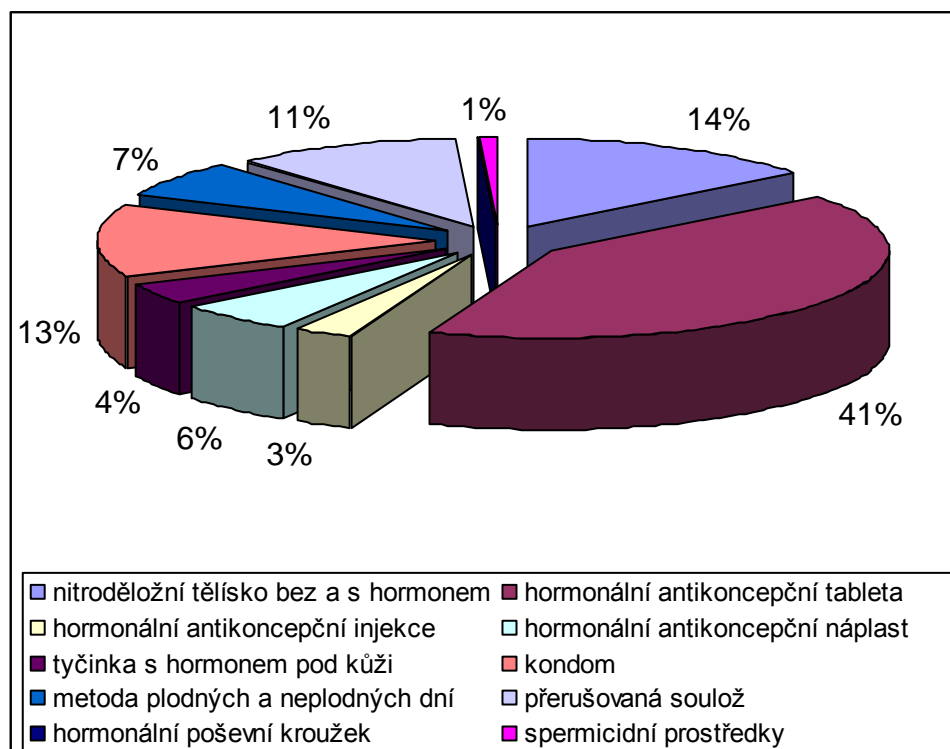
**Graf č. 5** - Přehled symptomů změn zdravotního stavu

**KOMENTÁŘ:**

Jako nejčastější příznak uvedlo 6 žen (25%) přírůstek na váze, na nevolnost si stěžovalo 5 žen (21%), bolestivou menstruaci a změnu libida pozorovaly 3 ženy (12,5%), nespavost a migrénu pozorovaly 2 ženy (8,3%). Zlepšení stavu pleti zaznamenaly 2 ženy (8,3%). Zvýšené jaterní testy u jedné žena (4,1%), která byla nucena vysadit hormonální antikoncepci.

Otázka č. 11: Která metoda je pro Vás snadná?

Graf č. 6 – Nejsnazší antikoncepční metoda

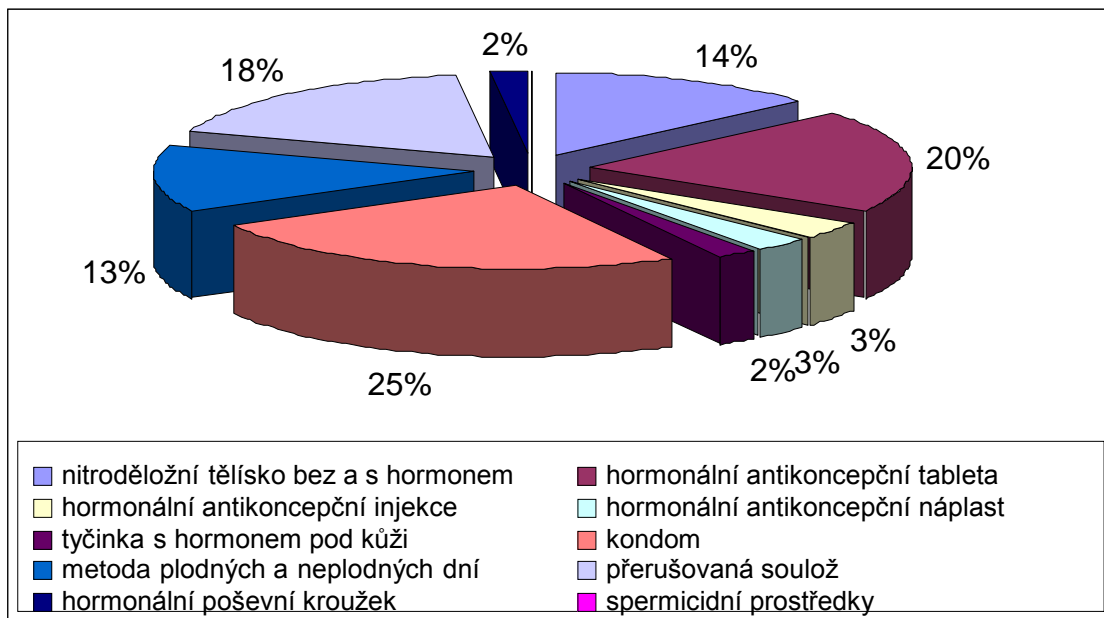


#### KOMENTÁŘ:

Na otázku jsem dostala 100 odpovědí. Odpovídalo 100 respondentek. Z uvedeného grafu vyplynulo, že za nejsnadnější antikoncepční metodu považují ženy hormonální antikoncepční tabletu, označena 41x (41%), 14x (14%) bylo zapsáno nitroděložní tělísko bez a s hormonem, 13x (13%) zvýrazněn kondom, 11x (11%) zapsána přerušovaná soulož, 7x (7%) uvedena metoda plodných a neplodných dní, 6x (6%) hormonální náplast, 4x (4%) zaregistrována tyčinka s hormonem pod kůží, 3x (3%) hormonální injekce, 1x (1%) označeny spermicidní prostředky, žádná žena se nevyjádřila k hormonálnímu poševnímu kroužku.

Otázka č. 12: Kterou metodu považujete za přirozenou? (minimální nežádoucí účinky)?

**Graf č. 7 – Metoda považovaná za přirozenou**

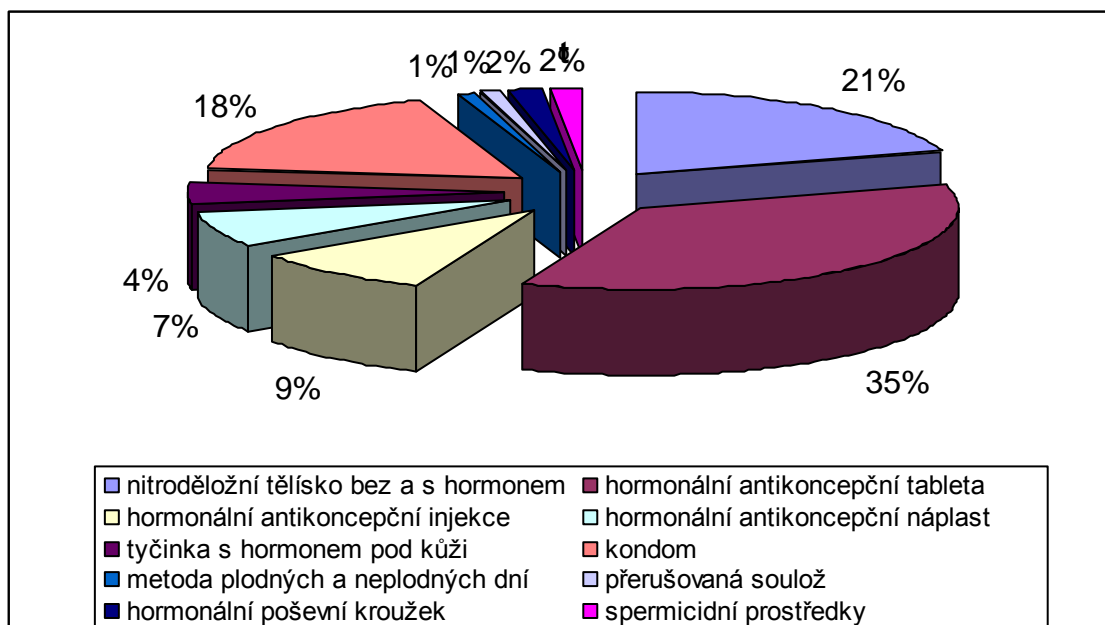


#### KOMENTÁŘ:

Na tuto otázku jsem zaznamenala 100 odpovědí. Za nejpřirozenější metodu byla označena 25x (25%) metoda využívající kondom, druhé místo obsadila hormonální antikoncepční tableta – uvedena 20x (20%), třetí místo v pořadí získala metoda přerušované soulože s 18 záznamy (18%), 14x (14%) bylo označeno nitroděložní tělíčko, 13x (13%) zapsána metoda plodných a neplodných dní, 3x (3%) hormonální injekce, 3x (3%) hormonální náplast, 2x (2%) tyčinka s hormony pod kůží a hormonální poševní kroužek, spermicidní prostředky nebyly označeny.

Otázka č. 13: **Kterou metodu považujete za spolehlivou?**

**Graf č. 8** – Metoda považovaná za spolehlivou

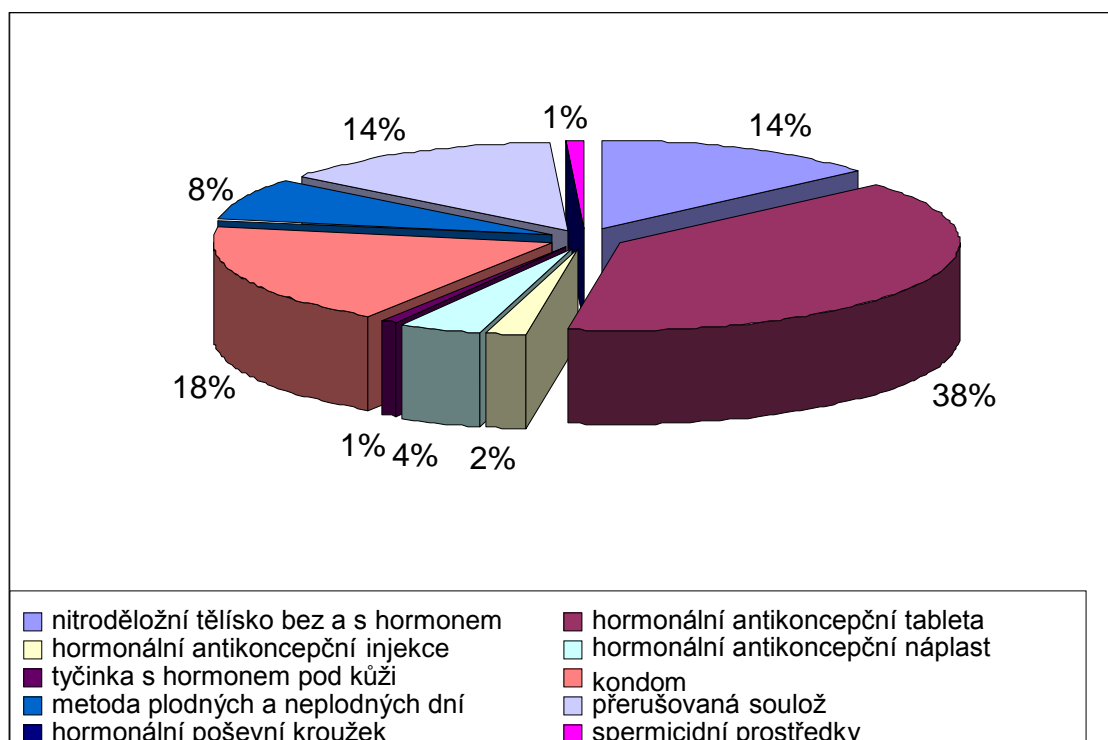


#### KOMENTÁŘ:

Na otázku jsem dostala 100 odpovědí. Ve spolehlivosti se na prvním místě umístila hormonální antikoncepční tableta, byla zvolena 35x (35%), druhé místo obsadilo nitroděložní tělísko označeno 21x (21%), na třetím místě 18x (18%) označená metoda „kondom“, 9x (9%) zapsána hormonální injekce, 7x (7%) hormonální náplast, 4x (4%) tyčinka s hormony pod kůží, 2x (2%) hormonální poševní kroužek a spermicidní prostředky, 1x (1%) metoda plodných a neplodných dní a přerušovaná soulož.

Otázka č. 14: Která metoda je pro Vás finančně nejvíce přijatelná?

**Graf č. 9** - Finanční přijatelnost antikoncepčních metod



#### KOMENTÁŘ:

Na otázku finanční přijatelnosti bylo zaznamenáno 100 odpovědí. Nejvyšší počet získala hormonální antikoncepční metoda byla označena 38x (38%), jako druhá metoda se umístila antikoncepce s použitím kondomu, zapsána 19x (19%), nitroděložní tělíčko společně s přerušovanou souloží 14x (14%) záznam, 8 žen (8%) si vybralo metodu plodných a neplodných dní, 4 ženy (4%) hormonální náplast, 2 ženy (2%) injekci, po 1 ženě (1%) tyčinku s hormony a spermicidní prostředky.

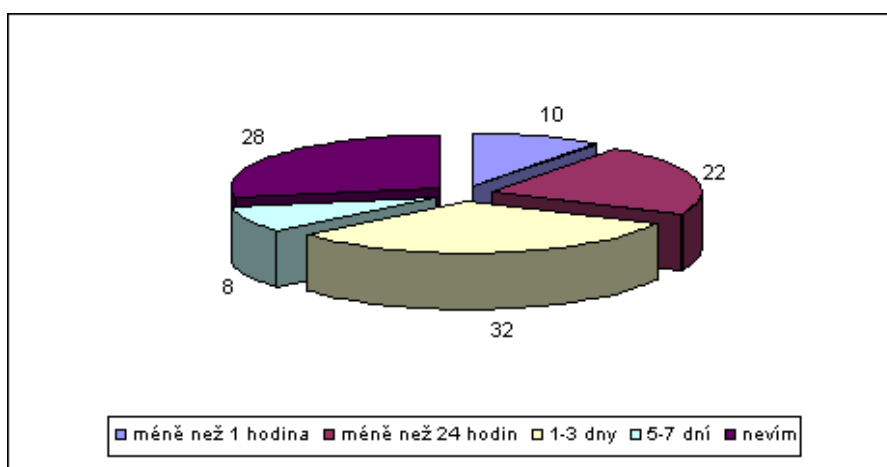
Otázka č 15 : Jak dlouho může být ženské vajíčko oplodněno spermií po uvolnění z vaječníku?

Otázka č. 16 : Jak dlouho může v ideálních podmínkách přežít spermie v ženském těle a mít ještě schopnost oplodnit vajíčko?

**Tabulka č. 11** - Životaschopnost ženského vajíčka a spermie v ženském těle

Životnost spermie a vajíčka	Počet odpovídajících žen	
	vajíčko	spermie
méně než 1 hodina	10	17
méně než 24 hodin	22	21
1-3 dny	32	33
5-7 dní	8	3
nevím	28	29
celkem poč. odpovědí	100	100

**Graf č. 10** – Životaschopnost vajíčka

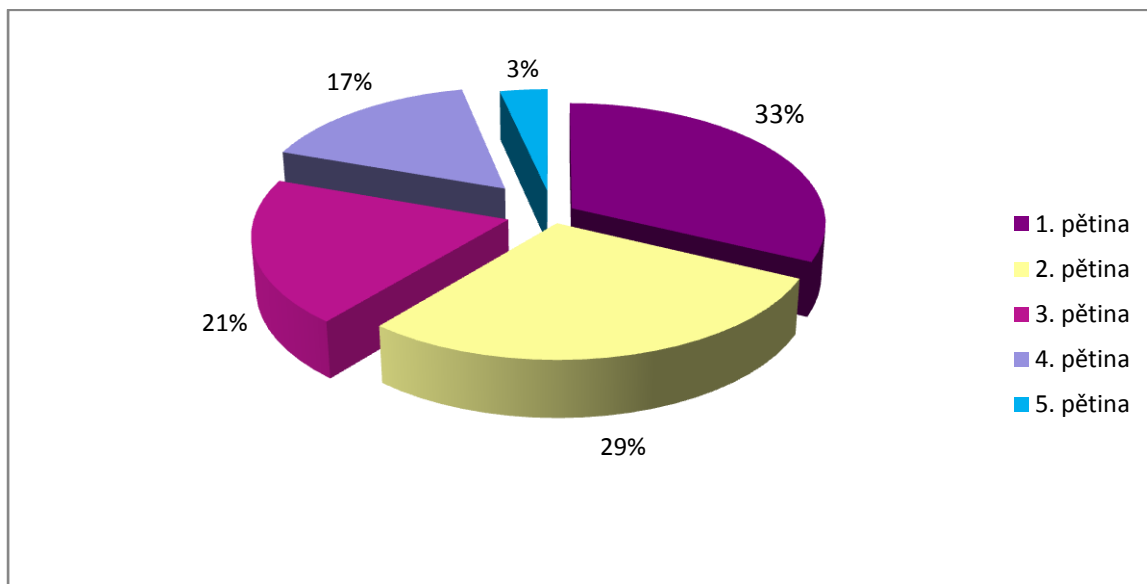


#### KOMENTÁŘ

Na otázku, jak dlouho může být vajíčko oplodněno spermií po uvolnění z vaječníku, největší počet získala odpověď „1 - 3 dny“, byla označena 32 ženami ze 100 (32%), 28 žen (28%) nevědělo, 22 žen (22%) uvedlo jako odpověď „méně než 24 hodin“, 10 žen (10%) „méně než 1 hodinu“, 8 žen (8%) se domnívalo, že správná odpověď je „5 - 7 dní“.



Graf č. 11 - Životnost spermie v ženském těle /schopnost oplodnění/



**KOMENTÁŘ:**

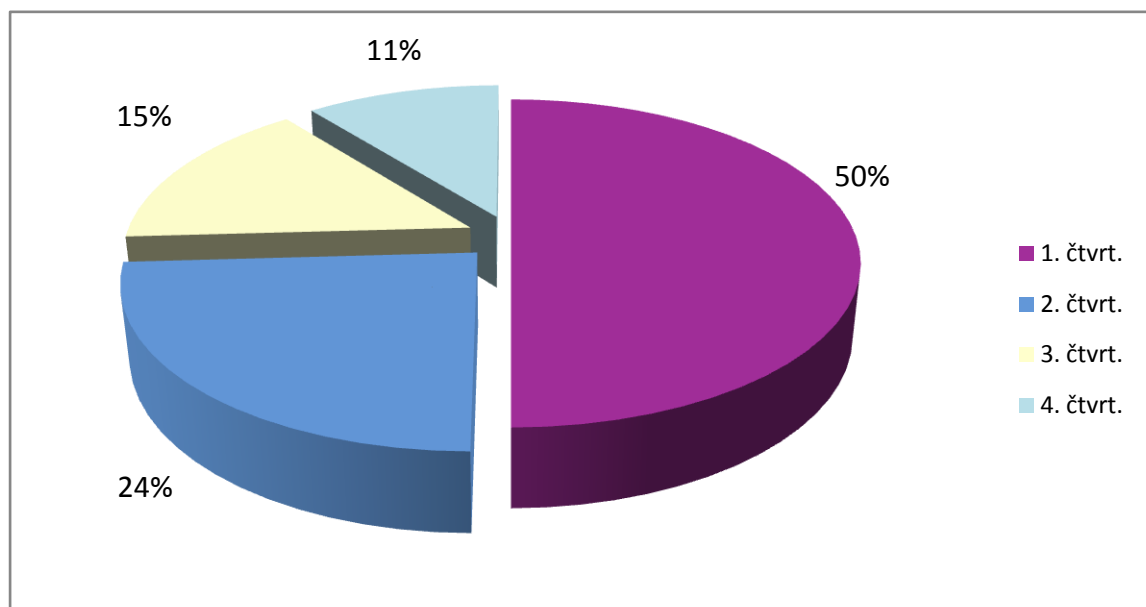
Na otázku životnosti spermie v ženském těle a schopnosti oplodnění označilo 33 žen (33%) odpověď „1 - 3 dny“, 29 žen (29%) nevědělo, 21 žen (21%) vybralo odpověď „méně než 24 hodin“, 17 žen (17%) uvedlo „méně než 1 hodinu“, 3 ženy (3%) se domnívaly, že správná odpověď je „5 - 7 dní“.

**Otázka č. 17:** Co je to přirozené plánování rodičovství?

Tabulka č. 12 – Informovanost o přirozeném plánování rodičovství

Informovanost	Počet respondentek	
	Počet žen	Četnost v (%)
pravidelné užívání hormonální antikoncepce za účelem zabránění početí dítěte	24	24
způsob plánování rodičovství, umožňující těhotenství nebo jeho zábran pomocí přirozeně se vyskytujících příznaků plodné a neplodné fáze menstruačního cyklu	50	50
užívání bariérových antikoncepčních metod, které znemožňují početí (kondom, poševní pesary, spermicidní krémy, nitroděložní tělíska)	15	15
nevím	11	11
celkem počet odpovědí	100	100

Graf č. 12 - Přirozené plánování rodičovství



#### KOMENTÁŘ:

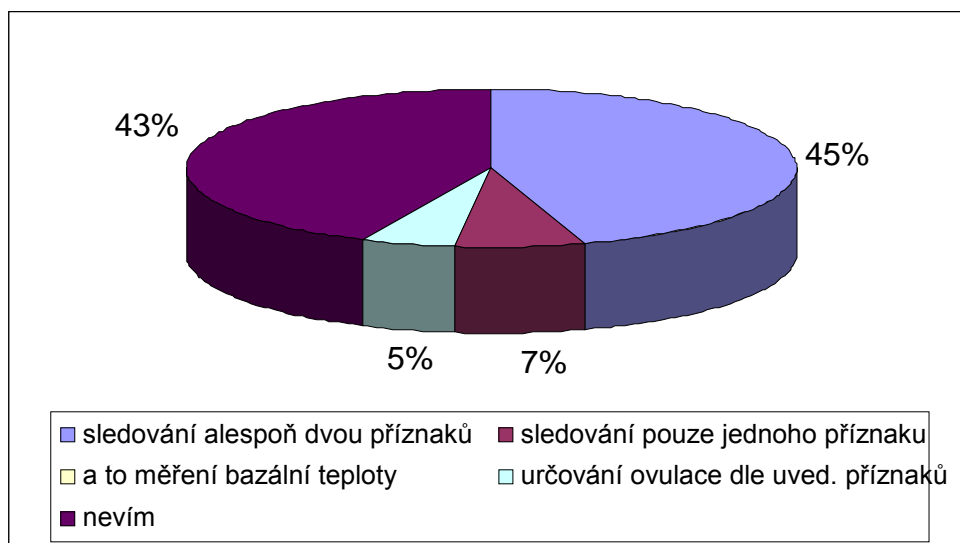
Na otázku znalosti pojmu „přirozeného plánování rodičovství“ odpovědělo 50 žen (50%) že je to způsob plánování rodičovství atd., 24 žen (24%) si myslelo, že je to pravidelné užívání hormonální antikoncepce, 15 žen (15%) se přiklápělo k odpovědi „užívání bariérových antikoncepčních metod, 11 žen (11%) zaškrtnulo odpověď „nevím“.

Otázka č. 18: **Co je to symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství?**

**Tabulka č. 13** - Znalost STM respondentkami

Znalost STM	Počet odpovědí	Četnost v (%)
sledování alespoň dvou příznaků	45	45
sledování pouze jednoho příznaku a to měření bazální teploty	7	7
určování ovulace dle uved. příznaků	5	5
nevím	43	43
celkový počet odpovědí	100	100

**Graf č. 13** - Znalost STM respondenkami



**KOMENTÁŘ:**

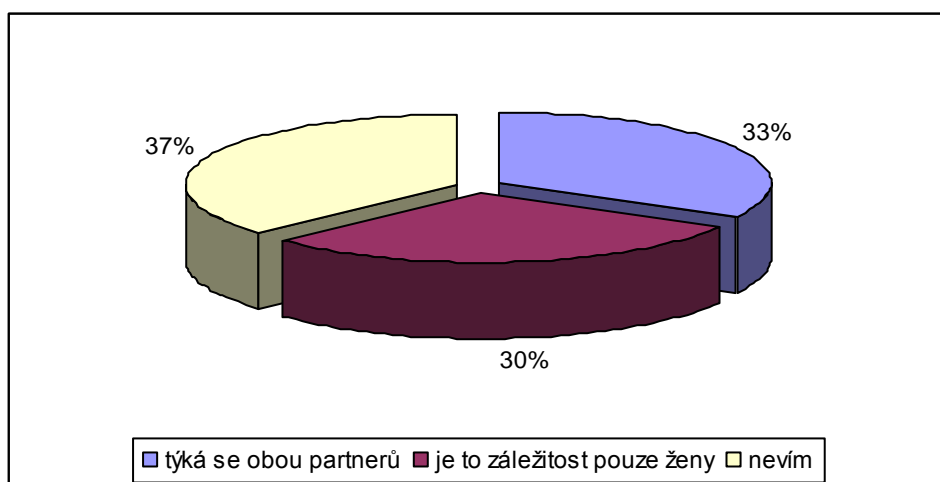
Na znalost STM odpovědělo 45 žen (45%), že je to sledování alespoň dvou příznaků, 43 žen (43%) nevědělo, 7 žen (7%) uvedlo, že je to sledování pouze jednoho příznaku, 5 žen (5%) si myslí, že jde o určování ovulace dle uvedených příznaků.

Otázka č. 19 : **Myslíte si, že používání symptotermální metody /STM/ se týká obou partnerů?**

**Tabulka č. 14** – Přístup obou partnerů k STM

Přístup obou partnerů k STM	Počet žen	četnost v (%)
Týká se obou partnerů	33	33
Je to záležitost pouze ženy	30	30
Nevím	37	37
Celkem	100	100

**Graf č. 14 – Přístup obou partnerů k STM**



**KOMENTÁŘ:**

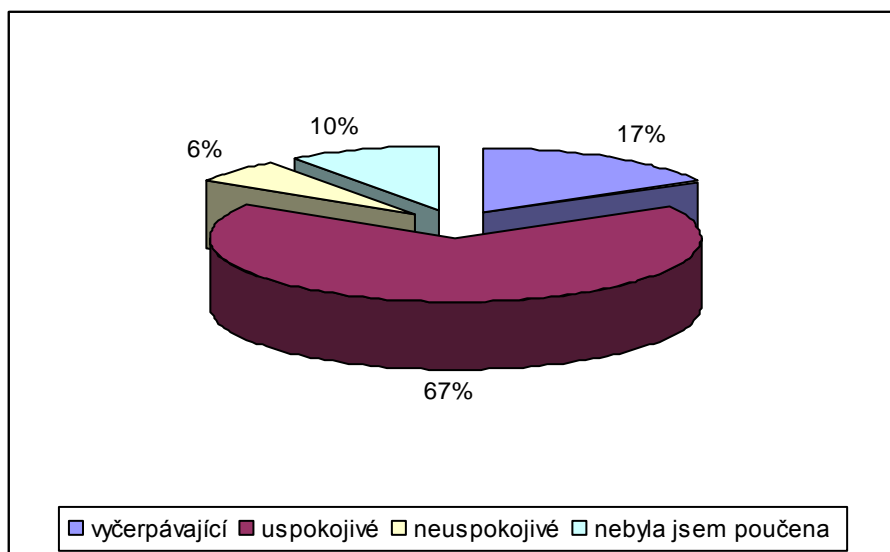
Na otázku zda používání STM je záležitostí obou partnerů 37 žen (37%) odpovědělo, že neví, 33 žen (33%) uvedlo, že se týká obou partnerů, 30 žen (30%) si myslelo, že je záležitostí pouze ženy.

Otázka č. 20: **Vyberte pro Vás vhodnou formulaci pro poučení, týkající se antikoncepční metody a jejího používání, které jste dostala v gynekologické ordinaci.**

**Tabulka č. 15 - Přiměřenost edukace v gynekologické ordinaci**

Míra poučení	Počet žen	Četnost v (%)
vyčerpávající	10	10
uspokojivé	67	67
neuspokojivé	6	6
nebyla jsem poučena	10	10
celkem počet odpovědí	100	100

**Graf č. 15 - Přiměřenost edukace**



#### KOMENTÁŘ

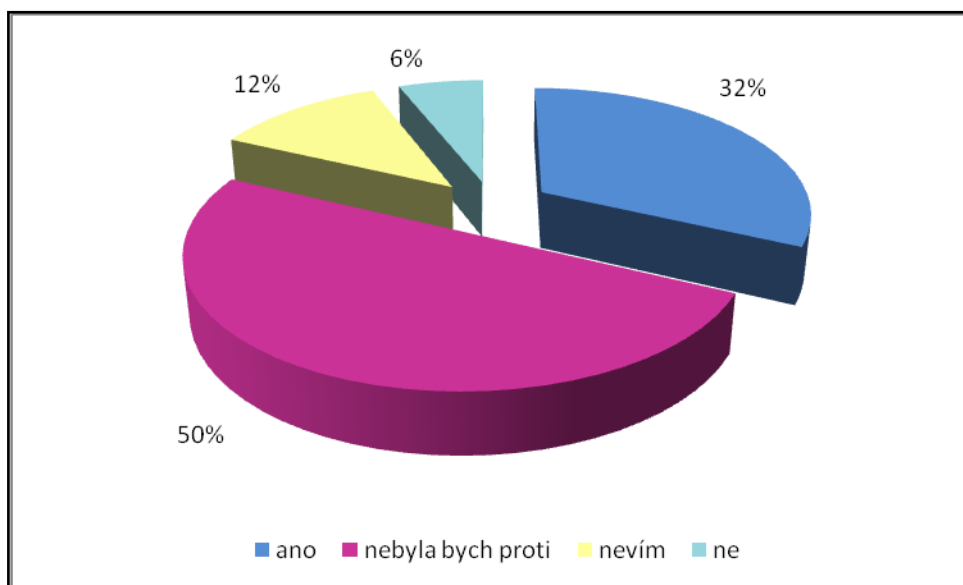
Na tuto otázku odpovědělo 67 žen (67%), že bylo uspokojivé, pro 17 žen (17%) bylo vyčerpávající, 10 žen (10%) nebylo poučeno, pro 6 žen (6%) sejevilo jako „neuspokojivé“.

Otázka č. 21: **Uvítala byste existenci zdravotnické zařízení typu antikoncepční poradny, kterou by vedl nelékařský zdravotnický pracovník (sestra, porodní asistentka) s odpovídajícím vzděláním.**

Tabulka č. 16 – Názor na poradnu pro plánované rodičovství vedené středním zdravotnickým pracovníkem

Názor ženy	Počet žen	Četnost v (%)
ano	32	32%
nebyla bych proti	50	50%
nevím	12	12%
ne	6	6%
Celkem	100	100%

**Graf č. 16 -** Využití poradny pro plánované rodičovství



**KOMENTÁŘ:**

Na poslední otázku zřízení antikoncepční poradny a jejího vedení nelékařským zdravotnickým pracovníkem odpovědělo 50 žen (50%), že by nebyly proti, 32 žen (32%) souhlasilo, 12 žen (12%) nevědělo, 6 žen (6%) bylo proti.

## 6.4 DISKUZE

Účelem výzkumu byl průzkum znalostí uživatelů o antikoncepčních metodách a jejich účinků na lidský organismus.

Výzkum ukázal, že ženy nemají dostatek informací o jednotlivých antikoncepčních metodách. Nejčastěji je používána hormonální antikoncepce, kterou ženy považovaly za snadnou, spolehlivou a finančně přijatelnou. Pouze při hodnocení rozsahu nežádoucích účinků se zařadila na druhé místo za kondomem. Přestože ženy byly poučeny o možnosti zaškrtnout více odpovědí, vyjadřovaly se především k hormonální antikoncepci ve formě tablet.

Je zřejmé, že vlastnosti charakteristické pro jednotlivé antikoncepční metody vybrané ženami neodpovídají skutečnosti. Ženy považovaly užívání hormonální antikoncepce za snadné, přestože je selhání způsobeno především zapomenutím užití tablety.

Je zajímavé, že HAK byla ženami hodnocena jako finančně přijatelná, přestože některé z metod uvedených v dotazníku, mají náklady nulové. Zdá se, že pokud je pro ženy metoda spolehlivá a snadná není výše ceny určující.

Nežádoucí účinky antikoncepce uváděly ženy s HAK nebo IVD.

Z dotazníku je zřejmé, že naše ženy nejsou doposud dostatečně informovány o symptotermální metodě přirozeného plánování rodičovství. Žádná z žen si ji nezvolila za antikoncepční metodu. Pouze jedna žena ji charakterizovala jako spolehlivou, 14% dotazovaných ji považovala za přirozenou, 8% žen udalo finanční přijatelnost a 7% snadnost.

Na otázku co je přirozené plánování rodičovství, do kterého patří i symptotermální metoda, odpověděla polovina žen správně. Otázka znalosti symptotermální metody byla zodpovězena 45% žen správně. Je zřejmé, že ženy mají určitou představu o existenci symptotermální metody a pojmu přirozeného plánování rodičovství, ale vážný zájem o ní jako o metodu nejeví.

Pouze jen 33 žen (33%) ze sta považuje PPR za záležitost obou partnerů.

Nízký zájem o symptotermální metodu koreluje s nedostatečnými informacemi o fyziologické reprodukci.

Lze považovat za pozitivní, že většina žen byla spokojena s informacemi o antikoncepčních metodách získanými v gynekologické ordinaci. Tím lze vysvětlit i zájem respondentek o antikoncepční poradnu vedenou středním zdravotnickým pracovníkem.

Z analýzy výsledků dotazníků vyplývá, že nynější úloha porodní asistentky v oblasti plánovaného rodičovství je minimální. První místo v ovlivnění při výběru metody patří lékaři, jakožto jedinému poradci z řad zdravotníků (29%). Tato skutečnost je ovlivněna postavením a skutečnými kompetencemi porodních asistentek v České republice. Jak vyplývá z výzkumu Mezinárodní federace pro plánované rodičovství z roku 1977, je celosvětově lékař považován za nejlepšího poradce v otázkách antikoncepce (Uzel, R., 1999). Na výzkumu se projevil fenomén moderních informačních zdrojů. Zejména internet poskytuje značné množství potřebných dat z kterékoliv oblasti.

Jak vyplývá z dotazníkové akce, velká škála žen nemá dostatečné vědomosti o jednotlivých antikoncepčních metodách a zvláště velké mezery mají v oblasti znalosti přirozeného plánování rodičovství, metoda symptotermální je pro ně neznámá veličina. Je tudíž patrné, že je nutná edukace, výchova v uvedené oblasti. Změny lze dosáhnout pouze správně vedenou edukací, ke které mohou významně přispět i porodní asistentky.



## Z Á V Ě R

Ve své bakalářské práci s názvem „Antikoncepční metody versus symptotermální metoda v přirozeném plánování rodičovství v edukační činnosti porodní asistentky“ jsem se pokusila Vás seznámit s prostředky přirozeného plánování rodičovství a porovnat je především s populární hormonální antikoncepcí.

Přirozené plánování rodičovství má v dnešní společnosti zvláštní postavení. Je jediné, které při plánování rodičovství vychází ze sledování přirozeným způsobem se vyskytujících ukazatelů a příznaků plodné a neplodné fáze v menstruačním cyklu ženy. Výsledky průzkumu naznačují, že znalost symptotermální metody je nízká. Tato skutečnost je do jisté míry dána jak malou informovaností o zákonitostech lidské plodnosti, tak spíše negativnímu hodnocení metody založené na sledování plodnosti, což může vést ke snížené ochotě se o ni více dozvědět.

Je dosti podstatné, aby před započatím užívání STM, byli partneři dostatečně informováni o pravidlech, která jsou pro ně stanovena. Z vlastní zkušenosti vím, že je velmi vhodné zúčastnit se informačního kurzu o STM vedeného školenými a zkušenými instruktory (pokud možno oba partneři). Kvalitní porozumění a pochopení metody může jistě vést jen k pozitivním výsledkům. Naopak, nedostatečná informovanost způsobuje zbytečná zklamání a nedorozumění. Vysvětlení přáteli, z časopisů nebo i z knížek mohou být nedostačující nebo i zavádějící. Vždy je vhodnější osobní setkání v poradně pro přirozené plánování rodičovství.

Mým cílem bylo odhalit mezery v informovanosti našich žen ohledně znalosti antikoncepčních metod a ukázat prostor pro edukační činnost porodní asistentky v terénu. Plánování rodičovství patří mezi základní práva obou partnerů. Je naším zájmem, aby byla naplněna. Zjistila jsem, že mezi naší veřejností existuje určité povědomí o přirozeném plánování rodičovství. Avšak stav objektivních informací o moderním PPR jsou ve většině případů zcela neuspokojivé. Mnoho údajů, které dříve přirozené plánování rodičovství zastávalo, je dnes již zcela překonaných. Mezi veřejností však tyto údaje stále přetrvávají. Týká se to často již zastaralé kalendářní metody, která dnes již není za metodu PPR uznána. Domnívám se, že jednotlivé nedostatky lze odstranit výchovou k odpovědnému rodičovství, nejlépe již v prvních ročnících středních škol. Měla by být jak

pro dívky tak pro chlapce. Právě v tomto věku je důležité vést mladé muže k tomu, že odpovědné rodičovství se týká obou partnerů, ne pouze ženy samotné. Při výzkumném šetření se mnou muži nechtěli spolupracovat. Uváděli, že je to záležitost týkající se jen ženy samotné. Kvalitní sexuální výchova by v dnešní době měla obsahovat vždy i vysvětlení a zmínku o přirozeném plánování rodičovství, o zodpovědnosti, s následným odkazem na konkrétní poradnu, která by zajistila další možné zodpovězení otázek. Rozšíření informovanosti o odpovědném rodičovství umožňuje mladým lidem svobodné a uvážené rozhodnutí. Neméně důležitou roli ve výchově k odpovědnému rodičovství hraje i lékař, především gynekolog, který by měl být schopen a ochoten vysvětlit princip dnes užívaných metod PPR svým pacientkám, popřípadě oběma partnerům. Měl by se zmínit i o symptotermální metodě, která je dnes považována za nejspolehlivější. Lékař by měl také znát kontakty na dostupné antikoncepční poradny, poradny PPR vedené nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Při průzkumu v terénu jsem se setkala s ochotou některých lékařů posílat vybrané partnerské dvojice do takovéto poradny.

Co se týče dostupnosti a významu informačního materiálu pro veřejnost, myslím si, že mnohé mýty o PPR by mohly být vysvětleny právě jeho prostřednictvím. Velmi dobře dostupné je informace možné získat na internetu a také v poradně pro PPR v Ostravě, Opavě, v Praze a především v Brně. Ve veřejných institucích, gynekologických ambulancích nebo porodnicích tyto materiály dostupné příliš nejsou. Řešením by byla jejich pravidelná distribuce na tato místa. Informační letáky vydané sdružením CENAP, které působí v Brně jsou velmi přehledné, objektivní a srozumitelné.

Pevně věřím, že symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství nalezne mezi dnes nabízenými možnostmi regulace porodnosti své pevné místo, aby tak mohla být využívána těmi, kteří chtějí svůj partnerský život prožívat v jeho skutečné hloubce – odpovědně a opravdově.

Edukační činnost, která se orientuje na plánování rodičovství, je i v zájmu českého státu. Nechtěná těhotenství přinášejí mnoho sociálních a rodinných problémů, velké finanční zatížení pro celou společnost. Porodní asistentka může být jednou z těch správných osob, které ovlivní dnešní aktuální situaci v plánování rodičovství. Jednou z nemalých výhod je, že její služby jsou poskytovány za menších finančních nákladů, jak vyplývá ze zkušeností zemí

EU. Jak už jsem se zmínila v textu, poradny takového typu existují. Proč tedy nezačít i u nás v Hradci Králové.

## Anotace

<b>Autor:</b>	Naděžda Kissová
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Symptotermální metoda v přirozeném plánování rodičovství versus antikoncepce v edukační činnosti porodní asistentky
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková
<b>Počet stran:</b>	92
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Klíčová slova:</b>	přirozené plánování rodičovství, symptotermální metoda, antikoncepční a přirozené metody regulace početí, edukační činnost porodní asistentky, informovanost veřejnosti, dotazníky

Bakalářská práce nás seznamuje s jednotlivými antikoncepčními metodami se zaměřením na prostředky přirozeného plánování rodičovství. Uvádí a podrobně popisuje symptotermální metodu. Zdůrazňuje, že znalost postupů, které brání početí, vyhýbají se těhotenství, jsou jedním ze základních předpokladů správného rozhodnutí ve výběru nejvhodnější metody a vedou ke zdravému soužití páru.

Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření, které zkoumá míru informovanosti veřejnosti v oblasti znalostí antikoncepčních a přirozených metod regulace početí v závislosti na poradenské činnosti porodní asistentky a jejího vlivu. Zkoumaný vzorek tvoří ženy ze třech gynekologických ambulancí v Hradci Králové.

This bachelor dissertation treats of individual methods of the contraception. It is aimed on the means of natural planning of the parentage. It goes into details of symptothermal method. The accent is laid on the fact, that the knowledge of methoda protecting against and

enabling avoidance of conception are one of basic assumptions for the decision how to select the best method leading to healthy life of the human couple.

The base of the dissertation forms a research questionnaire. It concentrates on the degree of public information about the contraconceptional and natural methods of the conception regulation. It shows its influence in dependence on the consulting services of the midwife-nurse.

Evaluated sample of the respondents /women/ was taken from three gynecological establishments.

## LITERATURA

1. Arbeitsgruppe NFP, Natürlich und sichr, Ehrenwirth – 9. Vydání, 1994
2. CENAP. Přirozeně při plánování rodičovství. 2. vydání Brno: Kurtuziánské nakladatelství, 2002 (informační brožura)
3. CENAP. Výukové texty – Kurz výchovy k rodičovství se zaměřením na metodu přirozeně plánování rodičovství. 1. vydání Brno: Cenap, 2003, 70 s.
4. HODAČOVÁ, L. Úloha porodní asistentky v programu Zdraví 21. Periodikum Porodní Asistentka, 2003/č. 21, str. 18 – 19
5. KREJČÍ, S. Žijeme ve vztazích. 1. vyd. Brno: Sypták 2004, 75 s.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. Mít pro co žít. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994, s. 67  
ISBN: 80-85495-33-3
7. LÁZNIČKOVÁ, L. a kol. Přirozené plánování rodičovství-Průvodce symptotermální metodu. 2. vyd. Brno: OLprint, 2003, 24 s.
8. LÁZNIČKOVÁ, L. Možnosti a hranice PPR jako metody regulace porodnosti, CENAP, Brno, 1999
9. LIVOTIOVÁ, C. TOPPOVÁ, E. Vagina manuál pro majitelky. L. vydání. Praha: Smart Press, 2005. ISBN 80-239-4113-5
10. NĚMEC, M. U porodních asistentek musíme splnit Mnichovskou deklaraci. Periodikum Zdravotnické noviny, 2002/č. 23, str. 18 - 19
11. SEMRÁDOVÁ, I. *Úvod do etiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002.  
ISBN 80-7041-341-710. *Strategické dokumenty (1) Směrnice*  
EU:<<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=305>>  
[cit. 2005-10-10]
12. *Strategické dokumenty (2)*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002.  
ISBN 80-85047-21-7
13. *Strategické dokumenty (3) – Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-22-5
14. UZEL, R. Antikoncepční kuchařka, <http://www.planovanirodiny.cz/>
15. ZANDLEROVÁ, L., PPR jako alternativa antikoncepčních metod – diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003
16. [www.prolife.cz](http://www.prolife.cz)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Věk respondentek.....	53
Tabulka č. 2	Partnerský vztah.....	53
Tabulka č. 3	Vzdělání respondentek.....	53
Tabulka č. 4	Vliv věku na víru a výběr antikoncepční metody.....	54
Tabulka č. 5	Potřeba kontracepce.....	55
Tabulka č. 6	Metoda kontracepce.....	55
Tabulka č. 7	Zdroje informací při výběru antikoncepční metody.....	56
Tabulka č. 8	Faktory ovlivňující výběr metody.....	57
Tabulka č. 9	Ovlivnění zdravotního stavu antikoncepcí.....	58
Tabulka č. 10	Symptomy změn zdravotního stavu.....	59
Tabulka č. 11	Životaschopnost ženského vajíčka a spermie v ženském těle.....	64
Tabulka č. 12	Co je to přirozené plánování rodičovství.....	65
Tabulka č. 13	Znalost STM respondentkami.....	66
Tabulka č. 14	Je STM záležitost obou partnerů.....	67
Tabulka č. 15	Přiměřenost edukace.....	68
Tabulka č. 16	Využití poradny pro plánované rodičovství.....	69

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Vliv věku na víru a na výběr metody.....	54
Graf č. 2	Metoda kontracepce.....	56
Graf č. 3	Zdroje informací při výběru antikoncepční metody.....	57
Graf č. 4	Faktory ovlivňující výběr metody.....	58
Graf č. 5	Symptomy změn zdravotního stavu.....	59
Graf č. 6	Posouzení antikoncepční metody z hlediska /snadnosti/.....	60
Graf č. 7	Posouzení antikoncepční metody z hlediska /přirozenosti /.....	61
Graf č. 8	Posouzení antikoncepční metody z hlediska /spolehlivosti/.....	62
Graf č. 9	Posouzení antikoncepční metody z hlediska /finanční přijatelnosti.....	63
Graf č. 10	Životaschopnost ženského vajíčka.....	64
Graf č. 11	Životnost spermie v ženském těle.....	65
Graf č. 12	Co je to přirozené plánování rodičovství.....	66
Graf č. 13	Znalost STM respondentkami.....	67
Graf č. 14	Je STM záležitostí obou partnerů.....	68
Graf č. 15	Přiměřenost edukace.....	69
Graf č. 16	Využití poradny pro plánované rodičovství.....	70



## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

PPR – přirozené plánování rodičovství

STM – symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství

LAM – laktační amenorrhea

LPP - Liga pár párů

CENAP – centrum naděje a pomoci

PI – Pearl index

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Mnichovská deklarace.....	83
Příloha č. 2	Dotazník – vzor.....	86
Příloha č. 3	Průzkumné šetření.....	91
Příloha č. 4	Příklad informačního letáku pro veřejnost o symptotermální metodě PPR, vydaného v Praze.....	92

## **Mnichovská deklarace**

### **VŠEOBECNÉ SESTRY A PORODNÍ ASISTENTKY PRO ZDRAVÍ**

**17.ČERVNA 2000**

Druhá konference ministrů o ošetřovatelství a porodní asistenci v Evropě pořádaná WHO se zabývá unikátní rolí a příspěvkem šesti milionů evropských sester a porodních asistentek k rozvoji zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Od první konference ministrů pořádané WHO ve Vídni před více než deseti lety byly v Evropě učiněny některé kroky k posílení statusu a k plnému využívání potenciálu sester a porodních asistentek.

Jakožto ministři zdravotnictví členských států WHO v evropském regionu, zúčastnění na mnichovské konferenci:

VĚŘÍME, že sestry a porodní asistentky mají klíčové a stále významnější role v úsilí společnosti chopit se současných úkolů a výzev ve veřejném zdravotnictví, stejně jako v zajišťování vysoce kvalitních, dostupných, spravedlivých, efektivních a citlivých zdravotních služeb, které zajišťují kontinuitu péče a reflektují práva a měnící se potřeby lidí.

NALÉHÁME na všechny příslušné úřady v evropském regionu WHO, aby zvýšily své úsilí k posílení ošetřovatelství a porodní asistence:

- zajištěním podílu ošetřovatelství a porodní asistence při rozhodování na všech úrovních vytváření a implementace politik
- zaměřením se na překážky zejména v oblastech personální politiky, otázkách pohlaví a stavu a lékařské dominance
- vytvářením finanční motivace a příležitostí k profesnímu postupu
- zlepšováním vstupního a kontinuálního vzdělávání a přístupu k vysokoškolskému vzdělávání v ošetřovatelství a porodní asistenci

- vytvářením příležitostí pro společnou výuku sester, porodních asistentek a lékařů na pregraduální a postgraduální úrovni, směřující ke kooperativnější a více interdisciplinární práci v zájmu lepší péče o pacienty
- podporou výzkumu a šíření informací pro rozvoj báze znalostí a evidencí pro praxi v ošetrovatelství a porodní asistenci
- hledáním příležitostí pro vytváření a podporu programů a služeb komunitního ošetrovatelství a porodní asistence zaměřené na rodinu, zahrnujících, kde je to vhodné, i rodinné sestry
- posilováním roli sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a v komunitním rozvoji.

UZNÁVÁME, že závazek a vážné úsilí směřující k posílení ošetrovatelství a porodní asistence v našich zemích by měli být podporován:

- vytvářením komplexních strategií plánování pracovních sil k zajištění odpovídajících počtů vzdělaných sester a porodních asistentek
  - zajištěním funkce potřebných legislativních a regulačních mechanismů na všech úrovních systému péče o zdraví
- umožněním účinné a účelné práce sester a porodních asistentek s plným využitím jejich odborného potenciálu, jako nezávislých profesionálů i ve vzájemné závislosti s ostatními profesemi.

Zaručujeme, že budeme na realizaci cílů této deklarace pracovat v partnerství se všemi příslušnými ministerstvy a orgány, statutárními i nevládními, na národní asistenci a

ŽÁDÁME regionálního ředitele WHO, aby Regionální komisi WHO pro Evropu pravidelně předkládal zprávy a aby v roce 2002 zorganizoval první setkání k monitorování a hodnocení implementace této deklarace.

Andrea Fischer,  
Ministryně zdravotnictví  
Spolková republika Německo

Dr. Marc Danzon  
Regionální ředitel pro Evropu  
Světová zdravotnická  
organizace

## Dotazník - vzor

Vážená paní, slečno,

jmenuji se Naděžda Kissová a jsem studentkou IV. ročníku kombinovaného studia ošetrovatelství lékařské fakulty UK v Hradci Králové. Toto studium zakončím v tomto školním roce. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma Symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství versus antikoncepce v edukační činnosti porodní asistentky. „Odpověď na tuto otázku co je symptotermální metoda můžete odvodit z otázky č. 17“. Obracím se proto na Vás s prosbou o vyplnění předloženého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Nezbytnou nutností k tomu, aby dotazník mohl být považován za platný a objektivní, je pravdivé zodpovězení všech otázek. Veškeré údaje Vámi uvedené budou zpracovány čistě pro vědecké účely.

Dotazník je anonymní a dobrovolný.

**Děkuji Vám**

**Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte**

**1) Váš věk:**

- A 15 – 18 let
- B 19 – 25 let
- C 26 – 30 let
- D 31 – 35 let
- E 36 – 40 let
- F 41 a více let

**2) Žijete v partnerském vztahu?**

- A ANO
- B NE

**3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (ukončené, pokud studujete, označte studovaný stupeň vzdělání)**

- A Základní
- B Učební obor
- C Středoškolské (ukončeno maturitou)
- D Vysokoškolské

**4) Jste věřící?**

- A ANO
- B NE

**5) Používáte v současné době nějakou antikoncepční metodu?**

- A ANO
- B NE

**6) Pokud ano, kterou metodu jste si zvolila (označte všechny Vámi používané metody)**

- A Nitroděložní tělísko
- B Nitroděložní tělísko s hormonem (Miréna)
- C Hormonální antikoncepční tableta, injekce, náplast
- D Tyčinka pod kůži
- E Hormonální antikoncepční preparát po styku
- G Kondom
- H Metoda plodných / neplodných dní (STM)
- CH Přerušovaná soulož
- I Hormonální poševní kroužek
- J Spermicidní prostředky

**7) Kdo Vás nejvíce ovlivnil při výběru zvolené metody?**

- A s využitím informací z časopisů, internetu
- B partner
- C přítelkyně, příbuzná
- D lékař
- E porodní asistentka (sestra v ordinaci)
- F maminka
- G jiný zdroj, uveďte jaký \_\_\_\_\_

**8) Co je pro Vás důležité, (co preferujete) při výběru metody?**

**Zakroužkujte všechny pro Vás vhodné varianty.**

- A minimální nežádoucí zdravotní účinky
- B snadnost používání
- C přijatelnost pro partnera
- D nízká cena
- E spolehlivost
- F nevyžaduje přípravu před pohlavním stykem
- G nenarušuje průběh pohlavního styku
- H chrání před nakažlivými chorobami
- CH náboženská přijatelnost

**9) Ovlivnila antikoncepce Váš zdravotní stav?**

- A ANO
- B NE

**Pokud ano uveďte jakým způsobem?**

---

**10) Která metoda je pro Vás snadná?**

- A nitroděložní tělísko bez a s hormonem
- B hormonální antikoncepční tableta
- C hormonální antikoncepční injekce
- D hormonální antikoncepční náplast
- E tyčinka s hormony pod kůží
- F kondom
- G metoda plodných / neplodných dní (STM)
- H přerušovaná soulož
- CH hormonální poševní kroužek
- I spermicidní prostředky

**11) Kterou metodu považujete za přirozenou /minimální nežádoucí účinky/?**

- A nitroděložní tělísko bez a s hormonem
- B hormonální antikoncepční tableta
- C hormonální antikoncepční injekce
- D hormonální antikoncepční náplast
- E tyčinka s hormony pod kůží
- F kondom
- G metoda plodných / neplodných dní (STM)
- H přerušovaná soulož
- CH hormonální poševní kroužek
- I spermicidní prostředky

**12) Kterou metodu považujete za spolehlivou?**

- A nitroděložní tělísko bez a s hormonem
- B hormonální antikoncepční tableta
- C hormonální antikoncepční injekce
- D hormonální antikoncepční náplast
- E tyčinka s hormony pod kůží
- F kondom
- G metoda plodných / neplodných dní (STM)
- H přerušovaná soulož
- CH hormonální poševní kroužek
- I spermicidní prostředky



**13) Která metoda je pro Vás finančně nejvíce přijatelná?**

- A nitroděložní tělísko bez a s hormonem
- B hormonální antikoncepční tableta
- C hormonální antikoncepční injekce
- D hormonální antikoncepční náplast
- E tyčinka s hormony pod kůží
- F kondom
- G metoda plodných / neplodných dní (STM)
- H přerušovaná soulož
- CH hormonální poševní kroužek
- I spermicidní prostředky

**14) Jak dlouho může být ženské vajíčko oplodněno spermií po uvolnění z vaječníku?**

- A méně než 1 h
- B méně než 24 h
- C 1 – 3 dny
- D 5 – 7 dní
- E nevím

**15) Jak dlouho může v ideálních podmínkách přežít spermie v ženském těle mít ještě schopnost oplodnit vajíčko?**

- A méně než 1 h
- B méně než 24 h
- C 1 – 3 dny
- D 5 – 7 dní
- E nevím

**16) Co je to přirozené plánování rodičovství ?**

- A pravidelné užívání hormonální antikoncepce za účelem zabránění početí dítěte
- B způsob plánování rodičovství, umožňující těhotenství nebo jeho zábran pomocí přirozeně se vyskytujících příznaků plodné a neplodné fáze menstruačního cyklu
- C užívání bariérových antikoncepčních metod, které znemožňují početí (kondom, vaginální spermicidní krémy, poševní pesary, nitroděložní tělíska)

**17) Co je to symptotermální metoda přirozeného plánování rodičovství?**

- A sledování alespoň dvou příznaků během menstruačního cyklu, za účelem stanovení plodného a neplodného období (měření bazální tělesné teploty, konzistence děložního čípku, kvalita cervikálního hlenu)
- B sledování pouze jednoho příznaku a to měření bazální tělesné teploty
- C určování ovulace dle délky menstruačních cyklů
- D určení ovulace dle uvedených symptomů-bolest hlavy, bolesti v podbřišku, napětí v prsou

**18) Myslíte si, že používání symptotermální metody PPR se týká obou partnerů?**

- A týká se obou partnerů
- B je to záležitost pouze ženy

**19) Poučení potřebné pro výběr vhodné antikoncepční metody a pro a její používání , které jste dostala v gynekologické ordinaci bylo pro Vás**

- A vyčerpávající
- B uspokojivé
- C neuspokojivé
- D nebyla jsem poučena

**20) Uvítala byste zřízení antikoncepční poradny, kterou by vedl nelékařský zdravotnický pracovník (sestra, porodní asistentka) s odpovídajícím vzděláním?**

- A ANO
- B nebyla bych proti
- C nevím
- D NE

**Děkujeme Vám za čas věnovaný tomuto dotazníku. Možná, že jsme se Vás zapomněla na něco důležitého zeptat. Pokud chcete , napište mi to zde:** \_\_\_\_\_

Vážená paní  
Rešlová Taťána doc. MUDr.  
Bří Štefanů 895/1  
Hradec Králové 3

V Hradci Králové 3. 3. 2008

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v privátní gynekologické ordinaci v Hradci Králové

Vážená paní doktorko,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší soukromé gynekologické ordinaci v Hradci Králové v rámci mé závěrečné bakalářské práce. Jmenuji se Naděžda Kissová narozená 16. 5. 1959, jsem posluchačkou IV. ročníku kombinovaného bakalářského studia ošetrovatelství na lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit u naší veřejnosti míru znalosti antikoncepčních metod se zaměřením na prostředky přirozeného plánovaného rodičovství.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství fakulty sociálního lékařství UK v Hradci Králové a MUDr. Ludmily Lázníčkové.

Přikládám dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Naděžda Kissová  
posluchačka IV. ročníku

Kontaktní adresa:  
Naděžda Kissová  
Durychova 1388, 50012 Hradec Králové  
e-mail: [kissonad@seznam.cz](mailto:kissonad@seznam.cz)  
tel.: 728 355 132

Vyjádření vedení instituce:

- souhlasím
- nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

Podpis, razítko

# PORADNA

## Přirozeného Plánování Rodičovství

### Vám nabízí:

- ☞ pomoc při orientaci ve vaší plodnosti
- ♥ bezpečnou a přirozenou metodu vyhnutí se těhotenství
- ☞ pomoc při odhalování příčin neplodnosti
- ♥ pomoc při orientaci v různých formách antikoncepce
- ☞ časně rozpoznání těhotenství

Poradna je určena jak ženám, tak i snoubeneckým či manželským párům. Samozřejmostí je individuální přístup, respekt a úcta ke každému zájemci. Těžištěm práce je symptotermální metoda PPR.

Poradenství je zdarma.

Do poradny je třeba se objednat předem (viz telefon či e-mail).

Sídlo: v prostorách Mateřského centra Domeček  
**Modletická 140 149 00 Praha 4**

Telefon: 777 200 43

E-mail: [ppr.por@o2active.cz](mailto:ppr.por@o2active.cz)

V poradně pracují instruktoři přirozeného plánování rodičovství.  
Jejich odbornost garantuje CENAP, Vodní 13, Brno. [http:// www.cenap.cz](http://www.cenap.cz).

### Těšíme se na Vaši návštěvu.

